



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título

Factores facilitadores e barreiras na implementação das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) do HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba

Nome do estudante: Nércia Sequeira Ronda Saca

Maputo, 22 de Setembro de 2025



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título

Factores facilitadores e barreiras na implementação das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) do HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba

Nome do estudante: Nércia Sequeira Ronda Saca

Nome e título do Supervisor: Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, MSc, PhD

Nome e título do Co-Supervisores: Dr. Troy D. Moon, MD, MPH

Dr. Tavares Madede, MD, MPH

Maputo, 22 de Setembro de 2025

Declaração de originalidade do projecto

Eu Nercia Sequeira Ronda Saca, estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública, matriculada sob N°: 20210334, portadora de bilhete de identidade N°: 040801206023C, declaro, para os devidos efeitos, que o meu trabalho, intitulado “*Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique*”, é original e da minha autoria, fruto da pesquisa que eu fiz no âmbito do curso de mestrado em Saúde Pública. Declaro, ainda, que citei e referenciei todos os autores e documentos por mim utilizados na produção do trabalho. As frases ou parágrafos retirados de trabalhos ou obras de outros autores (adaptadas ou não) e citadas neste trabalho estão devidamente assinaladas entre aspas e referenciadas, de acordo com as normas da UEM.

Nércia Sequeira Saca

Maputo, 04 de Abril de 2025

Dedicatória

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, que tem sido o meu guia em todos os meus caminhos, e nunca tem me deixado só durante a caminhada nesses anos. Dedico também aos meus familiares, meus pais e em especial ao meu marido pelo apoio dado, me fortaleceu quando quase desisti do curso.

Agradecimento

No final desta longa caminhada tenho que agradecer a todos que directa ou indirectamente contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade em especial:

A Deus pelo entendimento e sabedoria que tem me dado dia apos dia;

Aos meus pais, Sequeira Jorge Saca e Lurdes Américo José Ronda, pelo amor, apoio e dedicação incondicional que deles recebi durante a minha vida e que sempre me incentivaram a prosseguir com os meus estudos;

Ao meu esposo Abáss Inácio Sapueia, pelo apoio que tem me dado e incentivo em nunca desistir dos meus sonhos;

Agradeço ao Projecto PRISM que me atribuiu uma bolsa de estudo, tendo permitido a realização do trabalho de campo e o pagamento de propinas no segundo ano de Faculdade;

Aos meus supervisores Doutores Mohsin Sidat, Troy D. Moon e Tavares Madede, pelo apoio desde a elaboração do protocolo de pesquisa até a colheita de dados e elaboração da dissertação, tenho muita admiração pela simpatia, pelos ensinamentos, aconselhamento técnico, pela humildade, habilidade, competência e conhecimentos indispensáveis para realização deste trabalho e durante todo o percurso da formação;

À Unidade de Ciências de Implementação da Faculdade de Medicina da UEM (UCIMAPeS) pelo apoio e mentoria. À Direcção do mestrado pela oportunidade e por terem criado todas as condições para que este curso e trabalho fosse possível;

A todos os participantes que aceitaram com gentileza fazer parte deste estudo;

Aos provedores de saúde do Centro de Saúde de Moamba, Tenga e Ressano Garcia pelo apoio dado na colheita de dados e por terem aceite em fazer parte da pesquisa;

A todos os meus colegas do mestrado e da Especialidade em Saúde Publica pela amizade companheirismo;

A todos que de alguma forma prestaram a sua contribuição neste trabalho que não foram citados directamente, muito Obrigado.

1 Abreviaturas

ARV	Antirretroviral
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
AZT	Zidovudina
CCD	Consulta da Criança Doente
CCR	Consulta da Criança em Risco
CPN	Consulta Pré-Natal
CS	Centro de Saúde
CTZ	Cotrimoxazol
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DPI	Diagnóstico Precoce Infantil
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSIDA	Inquérito Nacional sobre o Impacto do HIV e SIDA em Moçambique
ITS	Infeção de Transmissão Sexual
MG	Mulher Grávida
MISAU	Ministério da Saúde
MTCT	<i>Mother-to-Child Transmission</i>
NID	Número de Identificação do Doente
NVP	Nevirapina
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PNC	Programa Nacional de Controlo
PNC ITS/HIV	Programa Nacional de Controlo de ITS/HIV

POCT	Point of Care Testing
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical
RE-AIM	<i>Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIS-MA	Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação
SMI	Saúde Materna e Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TV	Transmissão Vertical
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
US	Unidade Sanitária

Índice

1	Abreviaturas.....	6
2	Lista de Tabelas	11
3	Lista de Figuras.....	12
4	Lista de anexos.....	13
5	Resumo	14
6	Motivação	18
7	Objectivos	19
7.1	Objectivo geral.....	19
7.2	Objectivos específicos	19
8	Contribuição do estudo	19
9	Problema	19
9.1	Pergunta de pesquisa:.....	20
10	Revisão bibliográfica	21
10.1	Generalidades sobre HIV	21
10.2	Efeitos do PTV na redução das novas infeções	21
10.3	Barreiras e facilitadores para a implementação do PTV	22
11	Quadro conceptual	22
12	Material e Métodos	24
12.1	Local do estudo	24
12.2	Desenho de estudo	25
12.3	População do estudo	25
12.4	Amostra e Amostragem	25
12.5	Procedimentos de recolha de dados	26
12.6	Variáveis	26
12.7	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão.....	28

12.7.1	Critérios de inclusão:	28
12.7.2	Critérios de exclusão.....	28
12.8	Plano de gestão e análise de dados	28
12.8.1	Dados quantitativos.....	28
12.8.2	Dados qualitativos.....	31
13	Limitações do estudo	32
14	Considerações éticas	32
14.1	Revisão do protocolo	32
14.2	Confidencialidade	32
14.3	Potenciais riscos e benefícios.....	33
15	Resultados	33
15.1	Revisão documental / Procedimentos do MISAU	33
15.1.1	Maternidade	33
15.1.2	Consulta da Criança em Risco	35
15.2	Componente quantitativa	36
15.2.1	Dados socio demográficos	36
15.2.2	Situação TARV da Mulher grávida HIV positiva.....	37
15.2.3	Seguimento e desfecho da Criança exposta ao HIV	39
15.2.4	Resumo dos resultados de acordo com os domínios do quadro conceitual RE- AIM	42
15.3	Componente qualitativa	43
15.3.1	Características socio-ocupacionais	43
15.3.2	Grupo alvo para PTV	44
15.3.3	Barreiras percebidas.....	45
15.3.4	Facilitadores.....	49
16	Discussão	50
17	Conclusões	53

18	Recomendações.....	54
19	Equipa do estudo.....	55
20	Referências.....	56
21	Anexos	59
21.1	Instrumento de recolha de dados.....	59

2 Lista de Tabelas

Tabela 1 - Descrição dos domínios da ferramenta RE-AIM e as respectivas variáveis	27
Tabela 2 - Gestão e análise de dados da componente quantitativa	30
Tabela 3 - Gestão e análise de dados da revisão documental	31
Tabela 4 - Descrição das idades das mulheres grávidas, atendidas na Maternidade nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga, no segundo trimestre de 2023.....	36
Tabela 5 - Unidade Sanitária na qual pertence a paciente e a distância entre a US e a residência	37
Tabela 6 - Distribuição por sexo do recém-nascido e o seu estado a nascença	37
Tabela 7 - Situação de TARV da mulher grávida HIV positiva na Maternidade dos Centros de Saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga 2 trimestre de 2023	38
Tabela 8 - Seguimento e desfecho da criança exposta ao HIV avaliando por US, Sexo, local de residência e situação de TARV da mãe	41
Tabela 9 - Descrição das idades das enfermeiras de SMI que participaram da entrevista nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga	43
Tabela 10 - Características socio-ocupacionais das enfermeiras que fizeram parte do estudo	44
Tabela 11 - Apresentação dos resultados das variáveis do quadro conceitual RE-IAM	42

3 Lista de Figuras

Figura 1 - Diagrama do quadro conceptual do RE-AIM, fonte: adaptado pela autora.....	23
Figura 2 - Mapa da Província de Maputo com representação do Distrito de Moamba na cor verde.....	24
Figura 3 - Fluxograma de atendimento da mulher grávida HIV positiva na maternidade, fonte: adaptada pela autora com o Guião de Cuidados de HIV PNC/HIV&SIDA.....	34
Figura 4 - Fluxograma de seguimento da criança exposta ao HIV desde a sala de partos até a CCR, adaptado do Manual de Melhoria de qualidade do PNC/HIV&SIDA.....	35
Figura 5 - Seroestado da Mulher grávida e situação do TARV nos centros de saúde de Moamba, Tenga, Ressano Garcia, 2 trimestre de 2023.....	38
Figura 6 - Seguimento da criança exposta ao HIV na Maternidade e presença na consulta de CCR, nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga, 2 trimestre de 2023.....	39
Figura 7 - Resultado de PCR da criança exposta ao HIV, nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga, 2 trimestre de 2023.....	40
Figura 8 - Número e percentagem de Enfermeiras que tiveram formação continua na área de PTV.....	48
Figura 9 - Estatística descritiva do tempo da última formação de atualização de PTV.....	49

4 Lista de anexos

Anexo 1 - Inquérito para a componente qualitativa.....	59
Anexo 2 - Inquérito para a componente quantitativa.....	62
Anexo 3 - Consentimento informado.....	65
Anexo 4 - Carta de aprovação do CIBS Faculdade de Medicina e HCM.....	68
Anexo 5 - Carta de Aprovação administrativa dos Serviços Distrital de Saúde Mulher e Acção Social do Distrito de Moamba	69
Anexo 6 - Carta de cobertura do Protocolo da Instituição de Ensino	70
Anexo 7 - Declaração de cumprimento de conduta ética	71
Anexo 8 - Certificado de Boas Práticas Clínicas	72
Anexo 9 - Curriculum Vitae	73

Sumário: Moçambique situa-se entre os países com o número mais elevado de novas infecções pelo HIV em crianças. Em 2018, havia mais de 16.000 novas infecções de crianças devido à transmissão vertical, que representa cerca de 11% de todas as novas infecções no país. Apesar da implementação do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) há vários anos, surgiu o interesse de perceber os reais motivos que concorrem para o número elevado de casos de infecção por HIV adquiridos por via de transmissão vertical e tentar compreender melhor os factores que contribuem para que as crianças nascidas de mães vivendo com HIV continuam a adquirir a infecção por HIV.

Objectivo: Analisar os factores facilitadores e as barreiras na implementação das directrizes do programa de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, na Província de Maputo.

Metodologia: Foi feito um estudo misto com abordagem quantitativa (estudo observacional descritivo transversal com a coleta de dados de fontes secundárias), a abordagem qualitativa (estudo genérico, baseado em entrevistas individuais com recurso a um guião semiestruturado) e por revisão documental. Os dados quantitativos foram coletados dos livros de registo de rotina da maternidade e da consulta da criança em risco (CCR). Foi usado o quadro conceitual RE-IAM para a análise dos dados quantitativos onde foram avaliados 4 domínios, nomeadamente: Alcance, Adoção, Efectividade e Implementação. O domínio de manutenção não foi avaliado. Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva com apresentação de tabela e gráficos de frequências.

Resultados: Para o período do estudo definido, foram encontrados um total de 62 mulheres grávidas HIV positivas na maternidade e destas 97% (60/62) estavam em tratamento antirretroviral. Ao nível da CCR tivemos uma cobertura de 85%, ou seja, das 62 mulheres HIV positivas que deram parto ao na Maternidade, 53 se fizeram presentes um mês após o parto para a primeira consulta na CCR, e essa percentagem é menor ainda em pacientes que vivem há mais de 20km da US (64%). A taxa de transmissão vertical (TTV) global foi de 2% (1/62), sendo maior em crianças que não fizeram profilaxia reforçada e cujas mães não estavam em tratamento antirretroviral (50%; ou seja, 1 em 2 crianças).

Foram entrevistadas 12 enfermeiras de Saúde Materno-Infantil (SMI), 42% (5/12) trabalhavam no Centro de Saúde de Moamba, 33% (4/12) em Tenga e 25% (3/12) em Ressano Garcia. Foram constatadas como barreiras para o PTV a distância da US ao local de residência, ruptura frequente de *stocks* de antiretrovirais (ARVs), falta de formação continua, o estigma e medo de sofrerem discriminação, a falta de revelação do seroestado ao parceiro, a falta de transporte e a migração para a África do Sul da mulher após o parto. As diretrizes do PTV estão a ser seguidas apesar de haver alguns desafios no processo de implementação. As redes de apoio de pares como os grupos mãe para mãe e alocação de mãe mentora foram identificados como factores facilitadores para implementação do PTV.

Conclusões: O estudo evidencia que a implementação do PTV no Distrito de Moamba contribuiu para a redução da taxa de transmissão vertical para 2%, valor inferior à média nacional de 13%. Contudo, persistem barreiras que comprometem uma implementação mais eficaz, sobretudo relacionadas à acessibilidade, recursos humanos e contextos socioculturais.

Palavra chave: Prevenção de Transmissão Vertical, HIV Pediátrico, Diretriz PTV.

Summary: Mozambique is among the countries with the highest number of new HIV infections in children. In 2018, there were more than 16,000 new childhood infections due to vertical transmission, which represents about 11% of all new infections in the country. Despite the implementation of the Prevention of Vertical Transmission (PMTCT) Program for several years, there has been an interest in understanding the real reasons behind the high number of cases of HIV infection acquired through vertical transmission and in trying to better understand the factors that contribute to children born to mothers living with HIV continuing to acquire HIV infection.

Objective: To analyze the facilitating factors and barriers to the effective implementation of the Prevention of Infection program guidelines Vertical Transmission (PMTCT) for the prevention of HIV infection in three health units (HU) in the Moamba District, Maputo Province, Mozambique.

Methodology: A mixed study was carried out with a quantitative approach (cross-sectional descriptive observational study with data collection from secondary sources), a qualitative approach (generic study, based on individual interviews using a semi-structured script) and a documentary review. Quantitative data were collected from routine maternity record books and the child at risk consultation (CCR). The RE-IAM conceptual framework was used to analyze the quantitative data, where 4 domains were evaluated, namely: Reach, Adoption, Effectiveness and Implementation. The maintenance domain was not evaluated. Quantitative data were analyzed descriptively with presentation of tables and frequency graphs.

Results: During the study period, a total of 62 HIV-positive pregnant women were found in the maternity ward, and of these, 97% (60/62) were on antiretroviral treatment. At the CCR level, we had 85% coverage, that is, of the 62 HIV-positive women who gave birth at the Maternity ward, 53 were present one month after delivery for the first consultation at the CCR, and this percentage was even lower in patients who lived more than 20 km from the health unit (64%). The overall vertical transmission rate (TTV) was 2% (1/62), being higher in children who did not receive reinforced prophylaxis and whose mothers were not on antiretroviral treatment (50%; that is, 1 in 2 children). Twelve Maternal and Child Health (MCH) nurses were interviewed, 42% (5/12) worked at the Moamba Health Center, 33% (4/12) in Tenga and 25% (3/12) in Ressano Garcia. The following barriers to PMTCT were identified: distance from the health center to the place of residence, frequent interruption of stocks of antiretrovirals (ARVs), lack of ongoing training, stigma and fear of discrimination, failure to disclose HIV status to partners, lack of transportation and women's migration to South Africa after giving

birth. PMTCT guidelines are being followed despite some challenges in the implementation process. Peer support networks such as mother-to-mother groups and the provision of mentor mothers were identified as facilitating factors for the implementation of PMTCT.

Conclusions:

The study shows that the implementation of PMTCT in the Moamba District contributed to reducing the vertical transmission rate to 2%, lower than the national average of 13%. However, barriers persist that hinder more effective implementation, particularly related to accessibility, human resources, and sociocultural contexts.

.

Keyword: Prevention of Vertical Transmission, Pediatric HIV, PMTCT Guideline.

6 Motivação

Durante a minha experiência profissional, tenho observado que alguns cuidadores de crianças expostas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante a gravidez e o parto se dirigem com mais de dois meses de atraso à Consulta da Criança em Risco (CCR) para efeitos de seguimento, contrariando as normas em vigor em Moçambique, segundo as quais estas crianças deveriam ser observadas na CCR e testadas para o HIV por *polymerase chain reaction* (PCR) entre 4 a 8 semanas após o nascimento. Este início tardio compromete a prevenção da infecção por HIV, aumentando o risco de a criança ficar infectada pelo HIV e, caso esteja infectada, retarda o início do tratamento antiretroviral (TARV), actualmente oferecido de forma universal. Sabendo da implementação do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) há vários anos, tive o interesse de perceber os reais motivos que concorrem para que ainda se observem lacunas relacionadas a oferta de serviços de PTV que impedem que crianças nascidas de mães vivendo com HIV possam nascer sem a infecção e viver uma vida saudável.

7 Objectivos

7.1 Objectivo geral

Analisar os factores facilitadores e as barreiras na implementação das directrizes do programa de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) do HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, na Província de Maputo.

7.2 Objectivos específicos

- Descrever os processos e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para implementação nas US do país no âmbito do PTV, visando a prevenção da infeção pelo HIV;
- Avaliar os processos e procedimentos da implementação do PTV nas US do distrito de Moamba através do quadro conceptual *RE-AIM* (alcance, efectividade, adopção, implementação e manutenção);
- Explorar as barreiras e facilitadores da adesão ao PTV relacionados aos cuidadores que levam as crianças à CCR;
- Explorar as barreiras e facilitadores da oferta dos serviços de PTV relacionados aos serviços de saúde.

8 Contribuição do estudo

Espera-se que com os resultados do estudo seja possível identificar os desafios que persistem e que afectam o alcance dos resultados desejados na implementação do programa de PTV e adicionalmente, identificar as áreas em que podem ser introduzidas mudanças para tornar o programa mais eficaz e a implementação mais próxima do preconizado nas Directrizes de PTV no país.

9 Problema

Moçambique situa-se entre os países com o número mais elevado de novas infecções pelo HIV em crianças. Em 2018, havia mais de 16.000 novas infecções de crianças devido à transmissão vertical, que representa cerca de 11% de todas as novas infecções no país (MISAU, 2020).

De acordo com o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV/SIDA 2013-2015, Moçambique implementa o PTV desde 2002 (MISAU, 2013). Tornou-se um programa nacional, em 2004, e foi integrado nos serviços de saúde maternos, neonatais e infantis, em 2006 (MISAU, 2013).

O programa expandiu rápido e até 2012, os serviços de PTV estavam a ser prestados em 99% das 1.109 US com serviços de consulta pré-natal (CPN); e no mesmo ano o programa nacional conseguiu oferecer aconselhamento e testagem do HIV para aproximadamente um milhão das mulheres grávidas (MISAU, 2013). No entanto, destas mulheres grávidas testadas e detectadas como sendo HIV positivas, apenas 12% estavam em tratamento antirretrovirais (TARV) na época, (MISAU, 2013).

O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011, mostrou um conhecimento relativamente alto sobre a transmissão vertical do HIV de mãe para filho em Moçambique, estimado em 83.7% em mulheres entre 25 a 29 anos. De igual forma, 77.3% das mulheres com filhos, com idades compreendidas entre 24 e 29 anos e que estavam em TARV mostraram conhecimentos sobre a redução do risco de transmissão de HIV de mãe para filho. (IDS,2011).

Até o fim de 2017, mais de 90% das US no país estavam a implementar a abordagem de Opção B+ que consiste na oferta de TARV universal a todas as mulheres grávidas vivendo com HIV, independente do seu estadio clínico e dos níveis de CD4 (MISAU, 2018). Em 2018, o MISAU reportou que com esta abordagem alcançou uma cobertura de TARV de 90% do total de mulheres grávidas HIV+ inscritas na CPN (MISAU, 2018). No entanto, o mesmo relatório reportou que somente 72% das crianças expostas ao HIV se apresentaram à CCR para a colheita de amostra para PCR-DNA (MISAU, 2018).

Nos anos subsequentes, embora o programa mantivesse percentagens de mulheres recebendo TARV acima de 90%, a cobertura da CCR continuou a melhorar de forma mais lenta (até 89% em 2021), (MISAU, 2021).

9.1 Pergunta de pesquisa:

Quais barreiras e facilitadores, pessoais e institucionais, influenciam a implementação do PTV na prevenção da infeção por HIV em crianças nascidas de mães HIV positivas nas US do Distrito de Moamba, Maputo?

10 Revisão bibliográfica

10.1 Generalidades sobre HIV

O HIV/SIDA teve como início nos meados dos anos 70 e início dos anos 80, período no qual foram detectados os primeiros casos no ano de 1981 onde um paciente homossexual perdeu a vida por uma pneumonia grave causada por um fungo que só era detectado em pacientes com imunodepressão grave (Herzlich & Pierret, 2005). A Síndrome recebeu o nome de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no ano de 1982, nesse momento a causa da transmissão do HIV/SIDA era desconhecida e só no ano de 1983 é que foi isolado o vírus (Herzlich & Pierret, 2005).

No ano de 2022 segundo a UNAIDS cerca de 39 milhões de pessoas ao nível mundial viviam com o HIV/SIDA e deste número cerca de 53% de todas as pessoas vivendo com HIV eram mulheres e meninas. No mesmo período tivemos cerca de 1,3 milhões de novas infecções e destas 46% de todas as pessoas recém-infectadas foram Mulheres e meninas. Ao nível da África essa percentagem sobe para 63%, o que significa que maior parte das novas infeções encontramos no sexo feminino, o que faz com que estratégias sejam tomadas para evitar as novas infeções em mulheres e de forma direta nas crianças (UNAIDS, 2022).

Em crianças desde o ano de 2010 as novas infeções reduziram em 58%, de 310 mil em 2010 para 130 mil em 2022 (UNAIDS, 2022).

Segundo o Inquérito Nacional sobre o Impacto do HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2021) ao nível do nosso país houve uma redução da prevalência do HIV/SIDA de 13,2% de 2011 para 12,4% em 2021, o que corresponde aproximadamente 2 milhões de adultos vivendo com HIV (INS, 2022).

Em relação a divisão por sexo, dados do mesmo inquérito mostraram que a prevalência de HIV/SIDA foi maior entre mulheres do que em homens com as percentagens de 15% e 9,5% respectivamente (INS, 2022).

10.2 Efeitos do PTV na redução das novas infeções

A Transmissão Vertical (TV) do HIV de mãe para filho refere-se à propagação do HIV de uma mulher seropositiva para o seu filho durante a gravidez, o parto ou durante a amamentação (Mutabazi, 2017). A TV é o modo mais comum de transmissão do HIV às crianças, estimado pela OMS e UNICEF em aproximadamente 35% em 2010 (OMS, 2010).

A expansão global dos serviços de PTV é responsável por um declínio mundial de 52% nas novas infecções pelo HIV em crianças entre 2001 e 2012, (UNAIDS, 2013).

As mães que tomam ARVs geralmente experimentam uma redução significativa na transmissão vertical pós-natal do HIV, estimada em menos de 2% (Yah, 2019). Em Moçambique essa taxa gira em torno de 13% em 2020, percentagem essa muito elevada comparada a média mundial (MISAU, 2020).

10.3 Barreiras e facilitadores para a implementação do PTV

Dos estudos feitos na área de PTV em Moçambique, foram listadas algumas barreiras para o PTV como: a negação do diagnóstico e/ou tratamento, efeitos colaterais agravados dos ARVs, estigma e medo da discriminação, acesso aos serviços de saúde como é o caso de US que se localizam distantes das comunidades, apoio dos parceiros, barreiras económicas, os pacientes com menos recursos tinham dificuldades em fazer a medicação por falta de alimentação, (MISAU, 2015), (Lamucene, 2022). Outras barreiras relatadas em menor grau consistiram na mudança de regime ditada pela medicação e no esquecimento (Lamucene, 2022).

Um outro estudo sobre os factores associados a transmissão vertical do HIV em Moçambique, reportou a taxa de transmissão vertical de 6.1% e chegou a conclusão que o diagnóstico tardio da infecção na mãe, não uso da profilaxia durante a gravidez, o parto, ou durante a lactância constituiu como factores contribuintes para a transmissão vertical do HIV. Do outro lado o acto de não amamentar e o parto cesariana foram identificados como factores protetores, (Pedro Sousa et al 2021).

11 Quadro conceptual

Foi utilizado o quadro conceptual RE-AIM nas suas cinco dimensões, nomeadamente, alcance, efectividade, adaptação, implementação e manutenção como demonstrado na figura 1 (Bonfim, et al 2021). Esses indicadores podem ser usados na avaliação de programas, procedimentos, políticas ou estudos científicos (Lee, et al 2017) (Tabela 1).

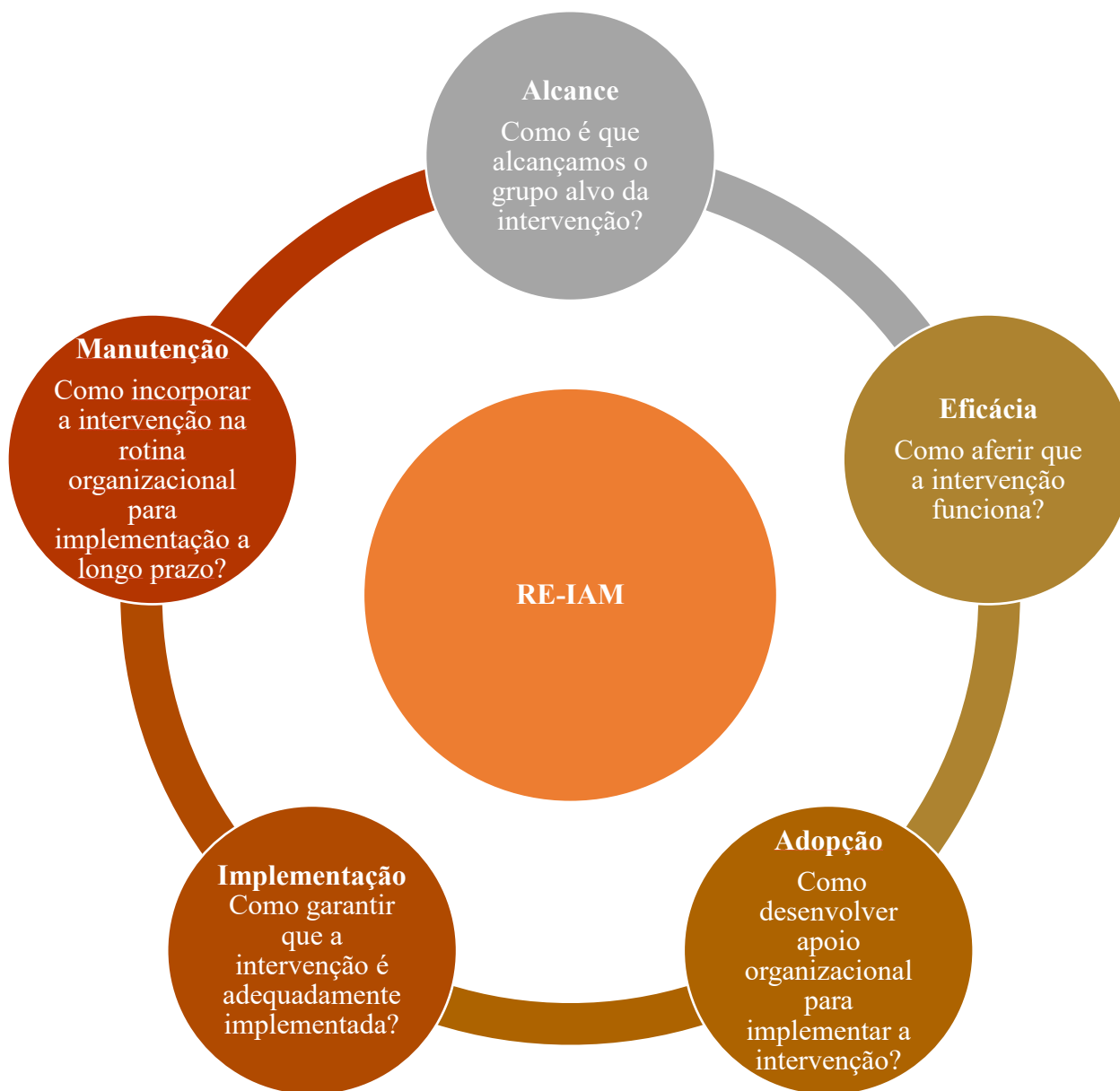


Figura 1 - Diagrama do quadro conceitual do RE-AIM, fonte: adaptado pela autora

O alcance é definido como o número ou percentagem da população e a representatividade daqueles incluídos no programa ou estudo. A eficácia e efetividade avaliam as consequências positivas e negativas dos programas e implementações incluindo resultados comportamentais, de qualidade de vida e satisfação dos participantes, bem como os resultados de saúde finais. A adoção mede o número, percentagem e representatividade dos funcionários e espaços envolvidos. A implementação avalia a extensão na qual o programa ou a política é implementada consistentemente, o tempo e os custos do programa. A manutenção avalia os efeitos a longo prazo e o desgaste no projeto, tanto de indivíduos como de organizações. Isso

inclui a extensão da descontinuação, modificação ou sustentabilidade do programa (Lee, et al 2017).

12 Material e Métodos

12.1 Local do estudo

O estudo foi feito no Distrito de Moamba, que está localizado na região sul da Província de Maputo e a sua população está estimada em cerca de 106.931 habitantes para o ano de 2022, com uma densidade populacional de 23 hab/km² (INE, 2021).

O Distrito contém 11 US com serviços TARV e todas elas prestam os cuidados de PTV.

O estudo foi feito em três US de grande volume do Distrito, nomeadamente, Centro de Saúde de Moamba-sede, Tenga, e Ressano Garcia.

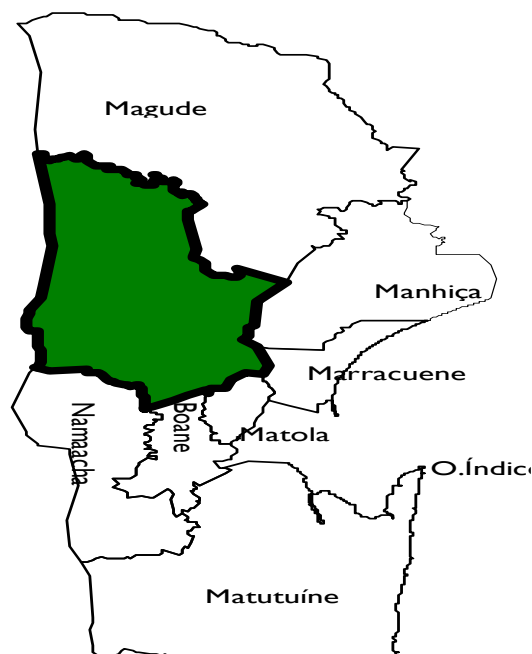


Figura 2 - Mapa da Província de Maputo com representação do Distrito de Moamba na cor verde. Fonte: Governo do Distrito de Moamba

12.2 Desenho de estudo

Para o estudo em análise foi realizada uma abordagem mista, sendo a primeira abordagem a quantitativa que tem como finalidade a colheita de factos concretos e que é possível estruturar e fazer testes estatísticos (freire & pattussi, 2018). Para tal faremos um estudo observacional descritivo transversal e a coleta de dados foi feita por um período de um mês, através de fontes secundárias.

Em relação a abordagem qualitativa do estudo, foi feito um estudo genérico, também chamado por inquisição qualitativa exploratória que tem como objectivo conseguir ter uma visão geral ou aproximada a respeito de uma determinada realidade, por meio de entrevistas semiestruturadas e por revisão documental. As entrevistas foram feitas aos profissionais de saúde, enfermeiras de saúde materna e infantil que trabalham nas US que fizeram parte do estudo.

12.3 População do estudo

O grupo alvo do estudo foram todas as Enfermeiras de Saúde Materna e Infantil (SMI) afectas as áreas de saúde do local de estudo, que trabalham na CPN, Maternidade e na CCR.

Para a abordagem quantitativa tivemos como grupo alvo as mulheres grávidas HIV positivas na Maternidade no período de Abril a Junho de 2023.

12.4 Amostra e Amostragem

Utilizou-se uma amostragem não probabilística por conveniência, a partir da qual foram recolhidos dados de rotina de mulheres grávidas HIV positivas que tiveram parto na Maternidade durante o período do estudo. Posteriormente, realizou-se o seguimento dessas mulheres um mês após o parto, a fim de verificar se as crianças expostas ao HIV compareceram à CCR e qual foi o resultado do exame de PCR.

Para a abordagem quantitativa analisamos o desempenho do programa de PTV baseado nos dados de rotina de toda a nossa amostra que são as mulheres grávidas HIV positivas que deram entrada na maternidade dos centros de saúde de Moamba-sede, Tenga e Ressano Garcia no segundo trimestre do ano 2023 (Abril a Junho), e os recém nascidos expostos ao HIV que se fizeram a CCR.

Por sua vez para a abordagem qualitativa, tivemos como pressuposto um estudo similar feito na África do Sul usando a ferramenta RE-AIM que teve como tema “*Postnatal clubs for integrated postnatal care in Johannesburg, South Africa: a qualitative assessment*”

of implementation”. Neste estudo obtiveram como amostra 15 intervenientes, destes nove foram profissionais de saúde e seis foram mães latantes.

12.5 Procedimentos de recolha de dados

Os dados foram colhidos através de um guião de entrevista semiestruturada. Por meio deste guião, o entrevistador segue o roteiro previamente estabelecido pelo pesquisador, mas que deixa sempre alguma possibilidade para o entrevistando ou o entrevistador possam acrescentar ou aprofundar assuntos que estejam fora do roteiro, mas que sejam considerados relevantes para o assunto em estudo. A recolha de dados foi feita por um período de três meses, na US onde, e cada entrevista durou em média aproximadamente 20 a 30 minutos por participante, e as entrevistas foram gravadas por meio de um gravador.

Para a abordagem quantitativa os dados foram obtidos por fontes secundárias e colhidos de forma retrospectiva nos livros de registro da CCR, de entrada da maternidade e de ligação Maternidade-CCR, no período entre Abril a Junho de 2023 que posteriormente foram transcritos para uma base de dados no excel, em que cada linha correspondia a uma amostra.

12.6 Variáveis

As variáveis colhidas no âmbito do estudo obedeceram as dimensões definidas pelo RE-AIM (Tabela 1), não sendo avaliada o domínio de manutenção devido ao período curto da realização do estudo. Devido à apresentação das unidades de estudo no formato de dimensões, os diferentes conjuntos de variáveis das referidas dimensões do RE-AIM, foram associadas e apresentadas em indicadores, que são as medidas usadas para reportar este tipo modelo de informação.

Tabela 1 - Descrição dos domínios da ferramenta RE-AIM e as respectivas variáveis

Domínios	Variáveis/Indicadores	Tipo de estudo	Nível de avaliação
Alcance	Número de mulheres grávidas HIV positivas na Maternidade; Número de crianças expostas ao HIV na maternidade; Número de crianças expostas ao HIV que se fizeram a CCR um mês após o parto	Quantitativo	Individual
Efectividade	Número de crianças expostas ao HIV com o resultado de PCR positivo Número de crianças expostas ao HIV com o resultado de PCR negativo Interrupções de seguimento	Quantitativo	Individual
Adopção	Número de enfermeiras de Saúde Materna e Infantil capacitadas para o atendimento da mulher grávida HIV positiva e da criança exposta.	Quantitativo	Organizacional
Implementação	Número de crianças expostas ao HIV que fizeram profilaxia reforçada na maternidade; Número de crianças expostas na maternidade que levaram ARVS para casa; Número de mulheres grávidas positivas testadas na maternidade; Número de mulheres grávidas HIV positivas em TARV na Maternidade Consistência de implementação entre contextos e provedores Adaptações feitas à intervenção e às estratégias de implementação Tipo, momento e razões para as adaptações	Quantitativo e qualitativo	Organizacional

12.7 Critérios de Inclusão e Exclusão

12.7.1 Critérios de inclusão:

- Todas as crianças expostas ao HIV que se fizeram presentes na primeira consulta da CCR no período de Abril a Junho de 2023;
- Mulheres grávidas HIV positivas que deram entrada na maternidade durante o período de Abril a Junho de 2023
- Enfermeiras de SMI que trabalham na Maternidade CCR e CPN;

12.7.2 Critérios de exclusão

- Crianças na CCR que não tenham exposição ao HIV;
- Todas as crianças que vem colher o segundo exame de PCR DNA;
- Todas as crianças que vem colher o PCR DNA de confirmação;
- Crianças que já tenham feito desmame e que fazem o teste rápido de HIV;
- Mulheres grávidas HIV positivas que deram entrada na Maternidade, mas não fazem o seguimento para o HIV na US.

12.8 Plano de gestão e análise de dados

12.8.1 Dados quantitativos

Os dados foram colhidos nos livros de entrada da Maternidade, livro da CCR e livro de ligação Maternidade-CCR. Os dados foram registados no excel e posteriormente exportados para o programa SPSS onde foi feita a limpeza dos dados e o realinhamento do tipo de variável e de dados (Tabela 2).

Para a análise dos dados foi feito o uso de estatística descritiva, que consistiu no cálculo de medidas de tendência central como é o caso da média e de dispersão (desvio padrão) para melhor avaliação do grau de variação dos elementos de um conjunto numérico em relação a média para as variáveis numéricas. Para algumas variáveis categóricas fizemos o uso da frequência para indicar o número de vezes que um determinado evento ocorre.

Para a componente analítica. Fizemos também o uso de tabelas cruzadas para poder listar várias variáveis em simultâneo para verificar a relação existente entre duas variáveis como é o caso de zona de residência e número de crianças que se fizeram a CCR um mês após o parto, e local do parto com a variável número de crianças expostas ao HIV que fizeram profilaxia reforçada na maternidade.

Tabela 2 - Gestão e análise de dados da componente quantitativa

Objectivo 2	Domínio <i>RE-AIM</i>	Variável	Instrumento de colheita	Forma de análise
Avaliar os processos e procedimentos da implementação do PTV nas US do distrito de Moamba através do quadro conceptual <i>RE-AIM</i> focando nos domínios de alcance, adoção, efectividade e implementação;	Alcance	Número de crianças expostas ao HIV que se fizeram a CCR um mês após o parto	Livro de registo da CCR	Descritiva: medida de tendência central, tabela e gráfico de barras
		Número de mulheres grávidas HIV positivas na Maternidade	Livro de Registro da Maternidade	Descritiva: medida de tendência central, tabela e gráfico de barras
	Adoção	Número de enfermeiras de Saúde Materna e Infantil capacitadas para o atendimento da mulher grávida HIV positiva e da criança exposta	Entrevista em profundidade as enfermeiras de SMI	Quantitativo: medida de tendência central
		Número de US que implementam o PTV		
	Efectividade	Número de crianças expostas ao HIV com o resultado de PCR positivo	Livro de registo da CCR	Descritiva: medida de tendência central, tabela e gráfico de barras
		Número de crianças expostas ao HIV com o resultado de PCR negativo		Descritiva: medida de tendência central, tabela
		Interrupções de seguimento		
	Implementação	Número de crianças expostas ao HIV que fizeram profilaxia reforçada na maternidade	Livro de Registro da Maternidade	Descritiva: medida de tendência central tabelas e gráficos de barra
		Número de crianças expostas na maternidade que levaram ARVS para casa		
		Número de mulheres grávidas positivas testadas na maternidade		
		Número de mulheres grávidas HIV positivas em TARV na Maternidade		
		Número de crianças que colheram PCR entre 4 a 8 semanas	Livro de registo da CCR	

12.8.2 Dados qualitativos

Para a abordagem qualitativa os dados da entrevista foram registrados em um gravador, as entrevistas estavam codificadas do número um ao número doze e estas foram transportadas para um *Software* online de transcrição de áudios *TurboScribe*, onde foi feita transcrição palavra por palavra para o *Microsoft word*, onde se fez a limpeza das entrevistas para garantir que a informação do áudio é igual a informação transcrita.

Posteriormente foi feita análise de conteúdo de forma manual, os assuntos foram categorizados em temas e fez-se a extração em cada entrevista as frases que retratavam do mesmo tema e posteriormente fez-se um resumo dos assuntos abordados sobre aquele tema e apresentou-se os resultados por forma de textos.

Também foi feita análise documental dos processos e procedimentos do MISAU para o programa de PTV em curso no nosso país, onde foram visitados algumas directrizes e guiões do MISAU para perceber como deve ser feita a implementação do PTV como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Gestão e análise de dados da revisão documental

Objectivo 1	Constructo	instrumento de colheita	Forma de análise
Descrever os processos e procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde a serem implementados nas US no país no contexto do PTV para a prevenção da infeção por HIV	Procedimentos ao nível da Maternidade	Directiz Nacional de ATS, Guião de cuidados de HIV	Análise documental: Análise de conteúdo
	Procedimentos ao nível da CCR	Directiz Nacional de ATS, Guião de cuidados de HIV e Directriz de Melhoria de qualidade para o HIV&SIDA	

13 Limitações do estudo

Limitações em ter dados em falta nos livros de registro pelo mau preenchimento do mesmo, como rasuras, dados em falta ou mesmo letras impercetíveis.

Não foi possível avaliar a componente de manutenção no uso da ferramenta RE-AIM devido ao período limitado do estudo.

Durante a implementação do protocolo de pesquisa, foi vista a necessidade de fazer entrevistas aos cuidadores das crianças expostas (não estava plasmado no protocolo inicial e foi feito o requerimento para o comité de Bioética da Faculdade de Medicina e HCM) para poder responder alguns objectivos de pesquisa, porem não foi possível fazer as entrevistas devido a impossibilidade da pesquisadora de se deslocar a comunidade pela instabilidade política que o país enfrentava.

O resultado da componente qualitativa não foi possível fazer inferência estatística.

14 Considerações éticas

14.1 Revisão do protocolo

O estudo foi revisto e aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para Saúde (CIBS) da Faculdade de Medicina da UEM e Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM/136/2023) Anexo 3.

O protocolo deste estudo foi implementado após a obtenção da aprovação ética do CIBS FM&HCM, de modo a que todos os procedimentos de proteção dos participantes fossem considerados em todas as fases da sua implementação. A pesquisa está comprometida com o interesse de defesa de direitos e a segurança do(s) participante(s), não causando dano ao participante pelo facto do mesmo participar.

14.2 Confidencialidade

A confidencialidade foi mantida através da codificação dos dados, não sendo revelado o nome do utente no formulário, somente tivemos o NID dos pacientes registrados. As entrevistas foram gravadas e codificadas de um a doze. Tudo que se tratou no estudo ficou entre os participantes e a equipe.

A participação ao estudo foi voluntária e os participantes assinaram um consentimento informado, e foram informados que não teriam alguma penalização ao não participar no estudo. Para os dados secundários foi submetido um pedido aos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS) de Moamba para a autorizar o uso dos dados como mostra o anexo 5.

Os ficheiros físicos ficarão guardados em pastas de arquivo, por um período de cinco anos, como mandam as normas de arquivo em uso no país e posteriormente a esse período o material será incinerado. As entrevistas em formato eletrónico foram guardadas em uma pasta no computador da pesquisadora principal e serão destruídas 5 anos após a publicação dos resultados.

14.3 Potenciais riscos e benefícios

Os participantes não correram nenhum risco ao participar do estudo. Não foi feita a colheita de amostras biológicas para efeitos do estudo. A colheita de sangue para análises de PCR DNA e testes rápidos de HIV fazem parte da rotina de seguimento da criança exposta ao HIV e da mulher grávida respectivamente.

Os participantes foram beneficiados do estudo de forma indireta, pois por meio dele observamos como estava a ser feita a implementação do programa ao nível do Distrito e foram dadas recomendações ao nível local, onde esteve presente a direção dos SDSMAS, e os responsáveis dos programas de SMI e HIV ao nível do Distrito e das US abrangidas.

15 Resultados

Objectivo 1 Descrever os processos e procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde a serem implementados nas US no país no contexto do PTV para a prevenção da infeção por HIV

15.1 Revisão documental / Procedimentos do MISAU

15.1.1 Maternidade

De acordo com o MISAU, guião de cuidados de HIV, a mãe grávida ao chegar a maternidade é avaliada a elegibilidade para testagem ao HIV, podendo ter três situações:

- Mulher grávida HIV positiva a entrada;
- Mulher grávida com seroestado conhecido negativo;

- Mulher grávida com seroestado desconhecido para o HIV;

Caso a mulher grávida seja positiva a entrada na Maternidade e esteja em TARV, ela continua com o TARV na Maternidade. Ela é testada na Maternidade quando entra com seroestado desconhecido, ou seja, nunca foi testada para HIV ou foi testada com resultado negativo há mais de três meses. Se o teste da mulher grávida na Maternidade for positivo, ela inicia o TARV ao nível da Maternidade, como ilustra a Figura 3.

As CE ao HIV recebem profilaxia reforçada com ARVs para reduzir o risco de transmissão vertical durante o parto e o período de aleitamento materno. Todas as crianças devem receber xarope de Zidovudina (AZT) e Niverapina (NVP) logo após ao nascimento, ainda na maternidade (MISAU, Guião de Cuidados de HIV 2023).

O AZT a criança faz de doze em doze horas por um período de 6 semanas e a NVP uma vez ao dia por 12 semanas. No caso de mulheres que tiveram parto fora da maternidade, independentemente de estar ou não em TARV, do tipo de aleitamento (materno ou artificial), e do período transcorrido desde a data do parto, devem iniciar profilaxia reforçada com AZT e NVP no primeiro contacto com a US (MISAU, Guião de Cuidados de HIV 2023).

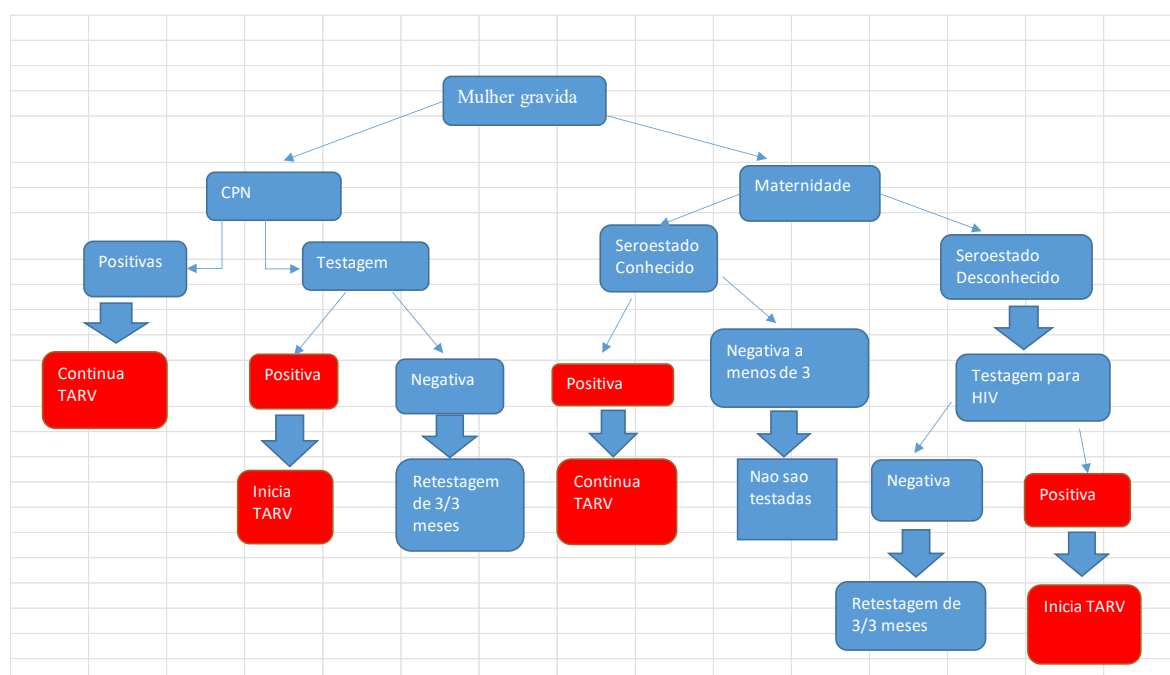


Figura 3 - Fluxograma de atendimento da mulher grávida HIV positiva na maternidade, fonte: adaptada pela autora com o Guião de Cuidados de HIV PNC/HIV&SIDA

15.1.2 Consulta da Criança em Risco

Apos alta na Maternidade a criança exposta ao HIV leva ARVs para casa e continua a profilaxia reforçada com AZT e NVP (MISAU, Guião de Cuidados de HIV 2023).

Quando a criança completa um mês de vida, faz-se presente na CCR onde faz a testagem para o HIV com o PCR, que o ideal é fazer entre quatro a oito semanas de vida (1 a 2 meses), e caso seja negativo continua a profilaxia com AZT e NVP (Figura 4).

Se o exame de PCR for positivo a criança inicia o TARV na CCR na data do diagnostico, colhe uma amostra para fazer PCR de confirmação e é encaminhada a consulta de cuidados e tratamento para o HIV para continuar com o tratamento (MISAU, Directiz Nacional de Melhoria de Qualidade dos Cuidados de Tratamento para o HIV&SIDA 2015).

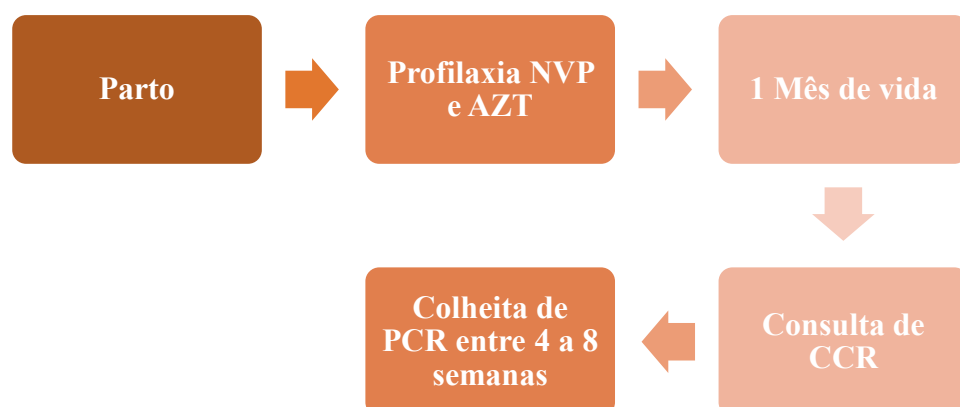


Figura 4 - Fluxograma de seguimento da criança exposta ao HIV desde a sala de partos até a CCR, adaptado do Manual de Melhoria de qualidade do PNC/HIV&SIDA

Objectivo 2 Avaliar os processos e procedimentos da implementação do PTV nas US do distrito de Moamba através do quadro conceptual *RE-AIM* (alcance, efectividade, adopção, implementação e manutenção).

15.2 Componente quantitativa

Para esta componente foi usada uma amostra de 62 mulheres grávidas HIV positivas distribuídas pelos Centros de Saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga, que deram entrada na Maternidade no período de Abril a Junho de 2023.

15.2.1 Dados socio demográficos

A Tabela 4 descreve as idades das mulheres grávidas HIV positivas que deram entrada na Maternidade do Centro de Saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 42 anos.

Tabela 4 - Descrição das idades das mulheres grávidas, atendidas na Maternidade nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga, no segundo trimestre de 2023

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade da Mulher Grávida	28.9	6.982	18	42

Quanto a distribuição das mulheres grávidas por Unidade Sanitária podemos notar na Tabela 5 que o centro de saúde de Moamba apresenta uma percentagem de 67.7% (42/62), Ressano Garcia com 17.7% (11/62) e por fim Tenga com 14.4% (9/62).

Nas três Unidades Sanitárias observamos a distância entre a Unidade Sanitária e local de residência das pacientes e vimos que 56.4% (35/62) vivem menos de dez quilómetros da Unidade Sanitária, 14.4% (9/62) vivem entre 10 a menos de 20 quilómetros da Unidade Sanitária, 17.7% (11/62) vivem mais de 20 quilómetros da Unidade Sanitária e em sete pacientes não tivemos informação em relação ao local de residência perfazendo 11.2% (Tabela 5).

Tabela 5 - Unidade Sanitária na qual pertence a paciente e a distância entre a US e a residência

		N = 62	%
Nome da US	Moamba-Sede	42	67.7
	Ressano Garcia	11	17.7
	Tenga	9	14.5
Distância da US ao local de residência	Menos de 10km	35	56.4
	10-20 km	9	14.5
	Mais de 20 km	11	17.7
	Sem informação	7	11.2

Fonte: Livro de registro da Maternidade

Em relação ao estado do recém-nascido a nascer podemos observar que 98.3% (61/62) dos recém-nascidos foram nados vivos e 1,7% (1/62) nados mortos.

Dos 62 recém-nascidos expostos ao HIV 50% foram do sexo masculino, e com a mesma percentagem no sexo feminino (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição por sexo do recém-nascido e o seu estado a nascer

		N = 62	%
Estado do recém-nascido	Vivo	61	98.3
	Morto	1	1.7
Sexo do recém-nascido	Masculino	31	50.0
	Feminino	31	50.0

Fonte: livro de registro da Maternidade

15.2.2 Situação TARV da Mulher grávida HIV positiva

Na Figura 5 podemos notar que ao nível da Maternidade dos Centros de Saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga deram entrada no período em análise 62 mulheres HIV positivas, das quais 60 eram positivas a entrada da Maternidade e duas foram testadas positivas na Maternidade com uma percentagem de 97% e 3% respectivamente.

Das 62 mulheres grávidas HIV positivas na Maternidade 60 é que estavam em tratamento antirretroviral perfazendo 97% e duas não estavam em tratamento com uma percentagem de 3% como mostra a Figura 5.

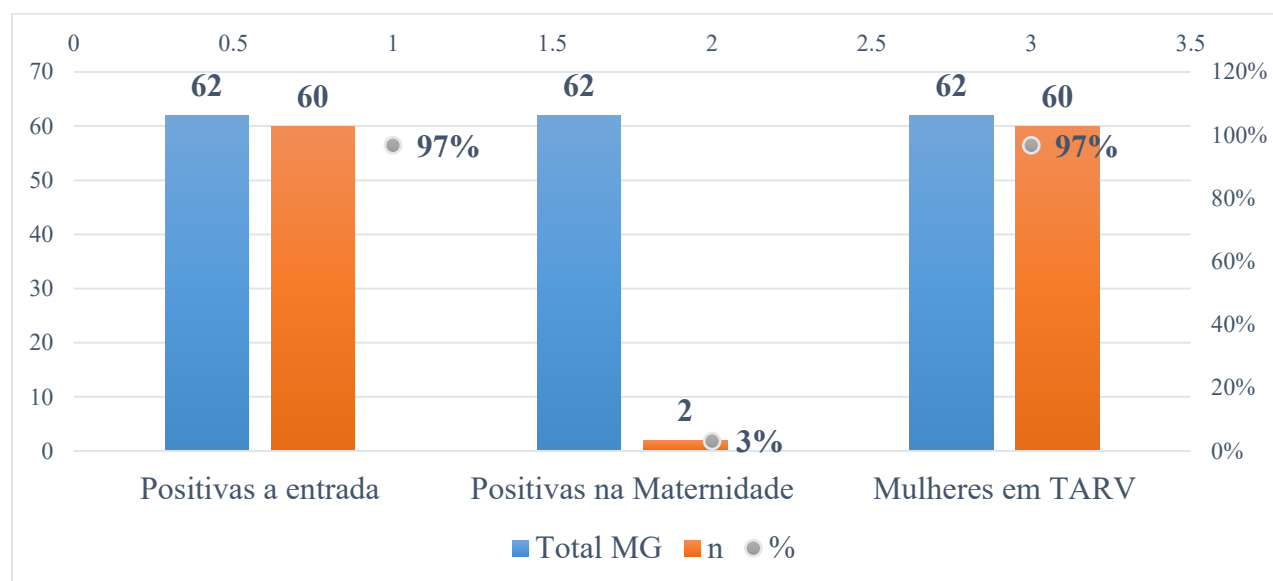


Figura 5 - Seroestado da Mulher grávida e situação do TARV nos centros de saúde de Moamba, Tenga, Ressano Garcia, 2 trimestre de 2023

As 2 mulheres grávidas HIV positivas que não estavam em TARV pertenciam ao Centro de Saúde de Moamba e são mulheres que deram entrada na Maternidade com o seroestado conhecido positivo para o HIV como mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Situação de TARV da mulher grávida HIV positiva na Maternidade dos Centros de Saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga 2 trimestre de 2023

		Em TARV a Entrada	Início TARV na Maternidade	Sem TARV
Nome da US	Moamba-Sede	38	2	2
	Ressano Garcia	11	0	0
	Tenga	9	0	0
	Total	58	2	2
Seroestado da Mulher Grávida Na maternidade	Positiva a Entrada	58	0	2
	Positiva na Maternidade	0	2	0
	Total	58	2	2

15.2.3 Seguimento e desfecho da Criança exposta ao HIV

Ao nível da Maternidade 90% (56/62) das crianças fizeram profilaxia reforçada para o HIV, 81% (50/62) levaram ARVs para casa e 85% (53/62) se fizeram presentes na CCR um mês após o parto (Figura 6).

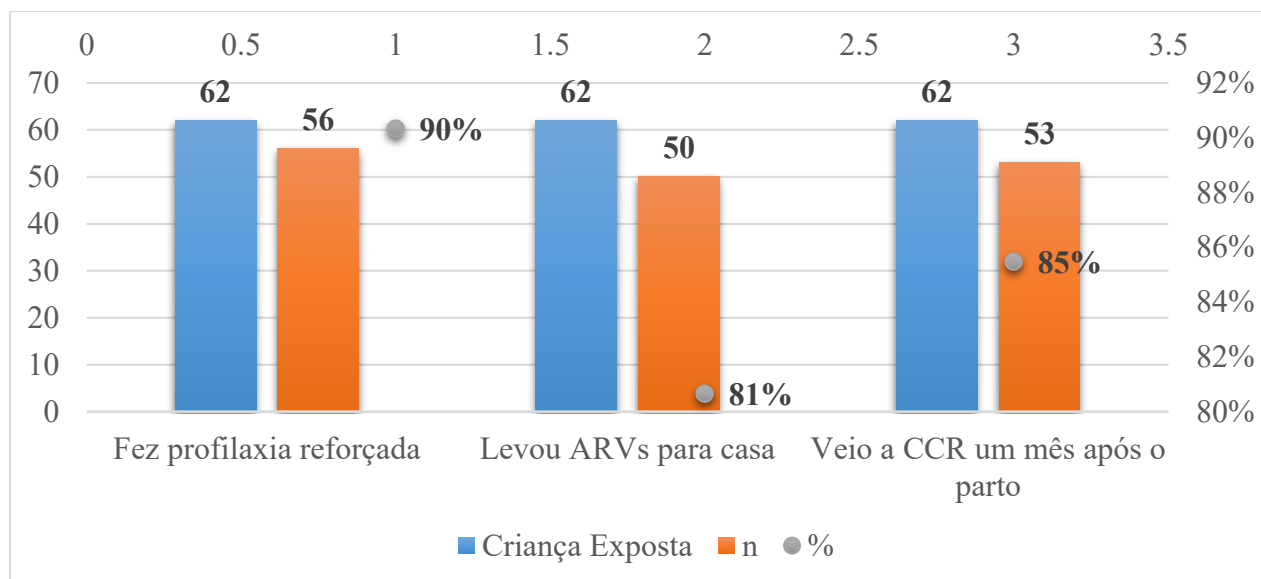


Figura 6 - Seguimento da criança exposta ao HIV na Maternidade e presença na consulta de CCR, nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga, 2 trimestre de 2023.

Podemos notar ainda que 100% das crianças expostas atendidas na CCR um mês após o parto fez o exame de PCR com idade entre 4 a 8 semanas, com 98% (52/53) negativos e 2% (1/53) positivos como ilustra a Figura 7.

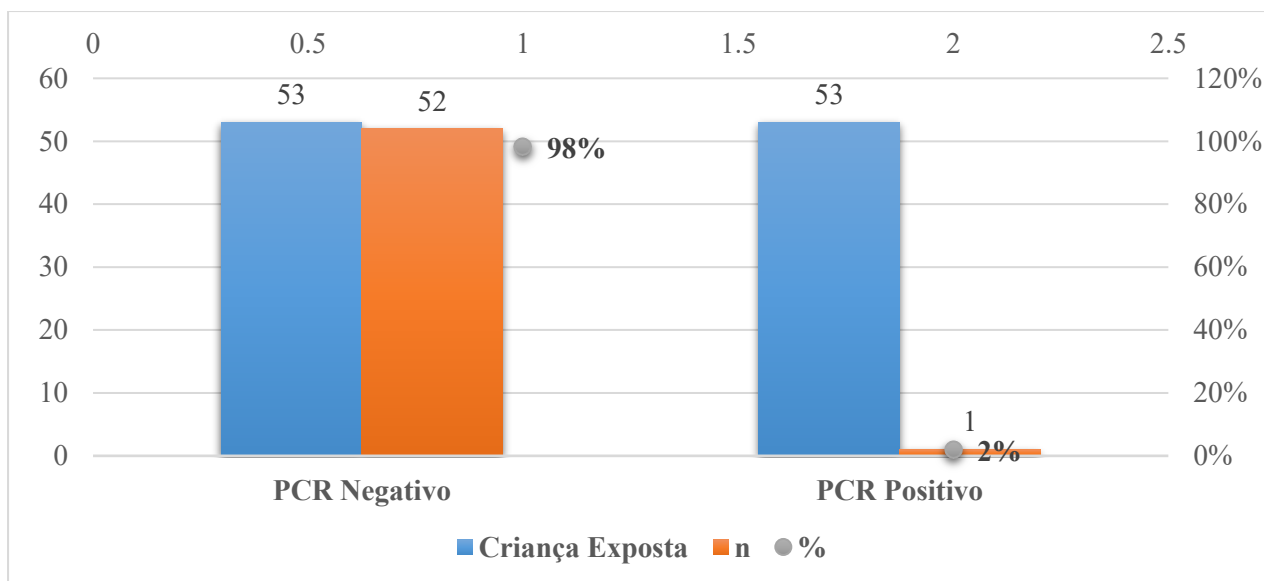


Figura 7 - Resultado de PCR da criança exposta ao HIV, nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga, 2 trimestre de 2023

Na Tabela 8 avaliamos quatro indicadores, dos quais dois estão relacionados a implementação do PTV, um ao desfecho do seguimento no primeiro mês na CCR e um ao alcance de crianças expostas ao HIV ao nível da consulta de CCR. Esses indicadores foram avaliados de acordo com a Unidade Sanitária, o sexo da criança exposta, o local de residência da criança exposta e a situação de TARV da mãe. Podemos notar de 0% (0/2) das crianças cujas mães foram positivas na Maternidade não fizeram profilaxia reforçada, e 50% (1/2) das mesmas não levaram ARVs para casa.

O Centro de Saúde de Ressano Garcia apresenta uma percentagem de 45% (5/11) de crianças que se fizeram presentes a CCR um mês após o parto, em contrapartida o Centro de Saúde de Tenga apresenta 100% de crianças presentes na CCR um mês após o parto.

Para o indicador resultado de PCR na CCR o Centro de Saúde de Moamba apresenta uma positividade de 2% (1/42), e essa positividade se verificou em uma criança exposta do sexo feminino e que a mãe não estava em TARV na Maternidade.

Tabela 8 - Seguimento e desfecho da criança exposta ao HIV avaliando por US, Sexo, local de residência e situação de TARV da mãe

	Recém-nascido fez profilaxia Reforçada na Maternidade	Recém-nascido levou ARVS para casa Apos alta na Maternidade	Crianças que se fez presente na consulta da CCR um mês apos o parto	Resultado do Exame de PCR Positivo
US				
Moamba-Sede	86% (36/42)	79% (33/42)	93% (39/42)	2% (1/42)
Ressano Garcia	100% (11/11)	73% (8/11)	45% (5/11)	0% (0/11)
Tenga	100% (9/9)	100% (9/9)	100% (9/9)	0% (0/9)
Sexo do RN				
Masculino	87% (27/31)	81% (25/31)	87% (27/31)	0% (0/31)
Feminino	94% (29/31)	81% (25/31)	84% (26/31)	3% (1/31)
Local de residência				
Menos de 10 Km da US	88% (31/35)	77% (27/35)	85% (30/35)	3% (1/35)
10-20 Km da US	100% (9/9)	78% (7/9)	100% (9/9)	0% (0/9)
Mais de 20 Km da US	90% (10/11)	64% (7/11)	64% (7/11)	0% (0/11)
Situação TARV da mãe				
Em TARV a entrada	95% (55/58)	81% (47/58)	86% (50/58)	0% (0/58)
Início TARV na Maternidade	0% (0/2)	50% (1/2)	50% (1/2)	0% (0/2)
Mulher grávida sem TARV	50% (1/2)	100% (2/2)	100% (2/2)	50% (1/2)

Fonte: Livro de Registro da Maternidade e CCR

15.2.4 Resumo dos resultados de acordo com os domínios do quadro conceitual RE-AIM

Em relação aos indicadores dos domínios do quadro conceitual RE-AIM, tivemos um alcance de 85% (53/62) Crianças Expostas ao HIV que fizeram a consulta na CCR um mês após o parto, como mostra a Tabela 9.

Tivemos uma efectividade de 98% (61/62) de crianças expostas ao HIV com resultado de PCR negativo e 2% (1/62) positivo.

Foi também avaliada o domínio da implementação, no qual constatamos 90% (56/62) das crianças expostas ao HIV fizeram profilaxia reforçada na maternidade e 81% (50/62) das crianças expostas na maternidade levaram ARVS para casa (Tabela 9).

Tabela 9 - Apresentação dos resultados das variáveis do quadro conceitual RE-IAM

Domínio	Indicador	N=60	%
Alcance	% Mulheres Gravidas HIV Positivas em TARV	60	97%
	% Crianças Expostas ao HIV que tiveram a consulta na CCR um mês após o parto	53	85%
Efectividade	% Crianças expostas ao HIV com o resultado de PCR positivo	61	2%
	% Crianças expostas ao HIV com o resultado de PCR negativo	1	98%
	% Crianças que Interromperam o seguimento	9	15%
Implementação	% Crianças expostas ao HIV que fizeram profilaxia reforçada na maternidade	56	90%
	% Crianças expostas na maternidade que levaram ARVS para casa	50	81%

Objectivo 4: Explorar as barreiras e facilitadores da implementação PTV relacionados aos serviços de saúde

15.3 Componente qualitativa

Participaram da parte quantitativa deste estudo 12 profissionais, enfermeiras de saúde materna e infantil dos Centros de Saúde de Moamba-sede, Ressano Garcia e Tenga com a idade mínima de 26 anos de idade e máxima de 59 anos de idade, com uma média de 36.5 anos como ilustra a Tabela 10.

Em relação aos anos de serviço a média foi de 9.7, com mínimo de anos de serviço de um ano e máximo 35 anos.

Tabela 10 - Descrição das idades das enfermeiras de SMI que participaram da entrevista nos centros de saúde de Moamba, Ressano Garcia e Tenga

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	36.5	36	9.395	26	59
Anos de serviço	9.7	6.5	9.916	1	35

Fonte: Entrevistas aos profissionais de saúde

15.3.1 Características socio-ocupacionais

Das 12 enfermeiras de SMI que participaram do estudo 8.3% (1/12) tinham nível de escolaridade básico, 83.3% (10/12) tinham nível médio e 8.3% (1/12) tinham o nível superior, como podemos observar na Tabela 11.

Em relação ao local de trabalho 41.7% (5/12) trabalhavam no Centro de Saúde de Moamba, 33.3% (4/12) em Tenga e 25% (3/12) em Ressano Garcia. O sector de Maternidade e CCR tinham um número de inqueridos de igual a cinco com uma percentagem de 41.7 % e a CPN com um número de dois inqueridos com 16.7%.

Tabela 11 - Características socio-ocupacionais das enfermeiras que fizeram parte do estudo

		Número de participantes (N=12)	Percentagem (%)
Nível de escolaridade	Básico	1	8.3
	Médio	10	83.3
	Superior	1	8.3
local de trabalho	Moamba-Sede	5	41.7
	Ressano Garcia	3	25
	Tenga	4	33.3
Sector de trabalho	Maternidade	5	41.7
	CCR	5	41.7
	CPN	2	16.7

Fonte: Entrevistas aos profissionais de saúde

15.3.2 Grupo alvo para PTV

Foi definido como grupo alvo de PTV as mulheres grávidas seropositivas, mulheres que portam sífilis e outras doenças que possam transmitir de mãe para o filho, crianças expostas ao HIV e mulheres latentes, vivendo com o vírus do HIV

“As pessoas que se beneficiam dessa estratégia são as mulheres grávidas seropositivas, estando, assim como não, em tratamento” (Participante 1 Moamba-Sede)

“Todas as mães, mulheres nesse caso, HIV positivas, seropositivas, E as mulheres também que portam sífilis e outras doenças que possam transmitir de mãe para o filho” (Participante 2 Moamba-Sede)

“São todas mulheres grávidas e latentes que dão entrada na CPN. Elas são diagnosticadas HIV positivas. A partir daí começa o PTV, que é a prevenção de transmissão vertical a partir da gravidez, do parto, pós-parto até a latencia” (Participante 6 Tenga).

“As pessoas que se beneficiam são as crianças expostas, filhos de mãe HIV positiva” (Participante 12 Ressano Garcia).

15.3.3 Barreiras percebidas

a) Barreiras geográficas

Um total de seis enfermeiras de SMI (50%; 6/12) que participaram deste estudo relataram a distância como uma das barreiras que faz com que as mães não se dirijam a Unidade Sanitária.

“As barreiras que levam as mulheres a não levarem suas crianças, temos a componente distância, casa ou residência em relação à unidade sanitária” (Participante4 Moamba-Sede)

“As barreiras que elas têm relatado para não aderir às consultas é por causa da reação dos medicamentos, reações adversas, as distâncias longas, visto que atendemos mulheres que das casas para até a Unidade Sanitária leva mais de oito quilômetros. Então, têm reclamado a falta de transporte. Então, esse motivo tem levado as mães a não aderir às consultas”.

(Participante 6 Tenga)

“Muitas das mães que não levam as crianças à CCR são aquelas que não têm apoio. As outras, por estarem longe da Unidade Sanitária, têm problemas de transporte”.

(Participante 3 Moamba-Sede)

b) Barreiras Económicas

Das entrevistadas, três participantes (25%; 3/12) relataram o custo do transporte como uma barreira económica importante conforme as citações abaixo:

“muitas vezes falam do custo do transporte..” (Participante 10 Ressano Garcia)

“Tem as mães fora que vivem muito longe, não há transporte. Outras, porque não têm dinheiro de transporte” (Participante 7 Tenga)

Algumas mães têm relatado a falta de transporte do local onde residem para a US.

“...a maior parte falam de transporte, porque aqui em Moamba há muitas localidades distantes dos centros de saúde, então elas falam mais por causa do transporte, é difícil acesso ao centro de saúde. E em alguns sítios também não tem nem chapa para subir...”.

(Participante 2 Moamba-Sede)

“...visto que atendemos mulheres que das casas para até a Unidade Sanitária leva mais de oito quilômetros. Então, têm reclamado a falta de transporte...”. (Participante 6 Tenga)

Algumas participantes relatam a migração para África do Sul como uma barreira com vista a procurar melhores condições de vida e incentivos pós-parto, como ilustrado abaixo:

“...que em algum momento querem emigrar a África do Sul para procurar melhores condições de vida e acabam deixando as crianças com os avós, tem sido difícil...”

(Participante 10 Ressano Garcia)

“...outras mães são essas mães que vão dar partos na África do Sul porque elas lá recebem enxoval e acabam não voltando...” **(Participante 11 Ressano Garcia)**

A falta de alimentação contribui para uma adequada adesão ao tratamento antirretroviral contribuindo assim de forma indireta para o sucesso da implementação do PTV como referido por uma das participantes do estudo:

“...muitas delas falam de falta de alimentação, por isso que elas não aderem...”

(Participante 3 Moamba-Sede)

c) Barreiras Sociais e Culturais:

Um total de seis entrevistas (50%; 6/12) reportou que a revelação do seroestado ao parceiro sexual tem constituído uma das barreiras sociais importantes com influência no PTV como indicam as citações abaixo:

“Muitas delas não informam aos parceiros sobre o seu estado. Então, torna-se difícil vir à unidade sanitária sempre porque elas sempre têm que inventar alguma coisa para poder vir”. **(Participante 3 Moamba-Sede)**

“E também tem aquele caso daquelas mães que em casa vivem com marido ou com sogros que não sabem que elas estão em TARV. Então, às vezes, elas ficam limitadas em vir para as consultas, temos que ir atrás delas”. **(Participante 11 Ressano Garcia)**

Também foi relatado como barreira a falta de apoio familiar, o estigma e a discriminação, crenças na comunidade de que criança quando pequena não pode sair o que faz com que as mães não se dirijam a US.

“...as culturas que existem dentro da comunidade. Há aquelas comunidades que ainda tem crenças aqueles mitos que ainda tem consigo na cabeça, sobre os mitos, que a mãe não pode

levar a criança para o hospital, a criança deve ficar em casa, deve evitar sair”.

(Participante 8 Tenga)

“...e outra coisa, acaba sendo mesmo o estigma e a discriminação”. **(Participante 5 Moamba-Sede)**

d) Barreiras Institucionais

- Estruturais: 50% dos participantes relataram a falta de privacidade, em algumas Unidades Sanitárias como o centro de saúde de Tenga não existe gabinete específico para consulta de CCR, é feito no mesmo gabinete com a CPN e para o centro de saúde de Ressano Garcia o gabinete de CCR é passagem para a CPN e Planeamento Familiar

“Os maiores desafios... Um dos maiores desafios, é essa situação de privacidade, porque quando não há privacidade, não cativa aquela pessoa de voltar novamente à consulta. E esse setor realmente não ajuda. Porque é CPN e CCR e é passagem para o planeamento familiar.

Então, acabam as senhoras se sentindo mal”. **(Participante 7 Tenga)**

“No meu sector nem iluminação não tem, e por ser sector de CCR a porta tem que estar fechada. Mas acabamos atendendo a paciente com a porta aberta. Fazemos a colheita de PCR com a porta aberta. E não ajuda, e a pessoa também que está lá não se sente bem.

Então, talvez melhoraram um pouco”. **(Participante 12 Ressano Garcia)**

- Organização dos serviços: outras barreiras referidas pelas participantes são o tempo de espera prolongado devido as enchentes 25% (3/12), a falta de medicamentos 50% (6/12), ARVs e medicamentos para profilaxias como o cotrimoxazol (CTZ) e a isoniazida, a falta de mães mentoras para visitar senhoras que vivem mais de 10 km da US e a rotatividade das enfermeiras.

“...acho que o tempo de espera, elas ficam muito tempo para poderem ser atendidas. E elas só são atendidas por uma e única enfermeira. E também nos dias de enchentes, falo mais de segundas, segundas e sextas Poderíamos também nos setores aumentar o pessoal, porque são dias em que enchem muito”. **(Participante 1 Moamba-Sede)**

“ultimamente, temos passado por situações de ruptura do cotrimoxazol suspensão, o próprio ARV em suspensão para o recém-nascido. Já falamos de uma mãe mentora,

por exemplo, que está localizada aqui, mas que não pode exceder, por exemplo, 10 quilômetros”. (**Participante 4 Moamba-Sede**)

“E também é constrangedor, hoje a enfermeira fulana atender, próxima consulta é uma outra enfermeira, então as mães não ficam à vontade com isso. Porque fica pensando que eu estou com o segredo dela, né? Então na outra consulta é uma outra enfermeira atender, Isso não tem ajudado”. (**Participante 7 Tenga**)

“...dificuldades que eu tive, é mais para os medicamentos, por exemplo, na CCR, temos tido rupturas de AZT em xarope e cotrimoxazol em xarope. Agora, por exemplo, temos há mais de seis meses ou sete meses que não temos CTZ em xarope, então as mães damos receita para comprar fora” (**Participante 12 Ressano Garcia**)

- Em 33% referiram a falta de formação continua como uma barreira para a implementação do PTV, devido as constantes atualizações que o programa sofre.

“... o tempo passa, as normas são outras, vêm nos formando, então você não adapta logo a matéria...” (**Participante 6 Moamba-Sede**)

“Uma das barreiras é a falta de formações contínuas. Isso tem prejudicado muito no trabalho...” (**Participante 8 Tenga**)

“Uma das dificuldades que eu tinha eram mesmo os critérios de colheita de carga viral. Saber a interpretação dos próprios resultados. Assim como o CD4. Tinha a dificuldade na interpretação e também no fluxo, naquilo que diz respeito ao momento de colheita”.
(**Participante 5 Moamba-Sede**)

Num total de 12 enfermeiras entrevistadas (67%) teve formação continua na matéria de PTV e 33% referiu que não teve a formação como observamos na Figura 8.

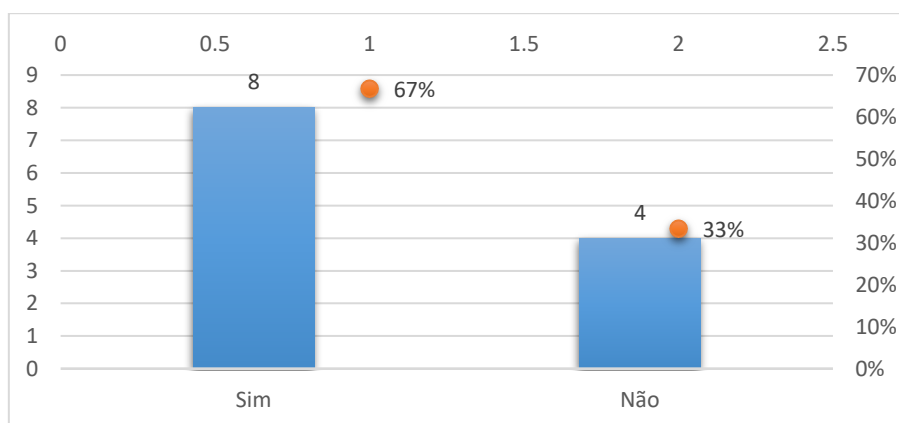


Figura 8 - Número e percentagem de Enfermeiras que tiveram formação continua na área de PTV

Na Tabela 9 observamos o tempo em anos que ocorreu a formação apresentando uma média de cinco virgula quatro anos, com mediana de cinco anos e período mínimo e máximo de três e oito anos respectivamente.

Figura 9 - Estatística descritiva do tempo da última formação de atualização de PTV

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Ano que teve a formação	5.4	2.06	3	8

15.3.4 Facilitadores

As entrevistadas referiram como facilitadores para o PTV a existência de rede de apoio de pares, os grupos mãe para mãe e o acompanhamento da mãe mentora como facilitadores e também foi destacado a existência de gabinete específico para PTV como facilitadores.

“Temos feito grupos de mãe para mãe também ao nível da unidade sanitária, onde cada uma vai explicando a sua experiência, como é que resolveu o estado do seu parceiro. Então, uma ouve a história da outra e percebe também que a final de contas não está sozinha, e isso tem ajudado muito as mães” (Participante 9 Ressano Garcia)

16 Discussão

Segundo os resultados do estudo tivemos uma taxa de transmissão vertical (TTV) global de 2% na CCR, abaixo de resultados encontrados por outros autores como é o caso do estudo levado a cabo por (Ka'e, 2023) onde a taxa global de transmissão vertical foi de 7% um estudo de revisão sistemática com meta análise dos estudos observacionais de coorte e transversais relevantes conduzidos nos Camarões. Os resultados foram concordantes com o estudo da PEPFAR que teve como objectivo a avaliação das tendências na Prevenção da Transmissão Vertical do HIV nas Unidades Sanitárias-Ajuda do PEPFAR em Moçambique, onde foram analisadas 656 Unidades sanitárias e tiveram uma TTV de 2.5%. Os resultados também foram discordantes com um estudo feito em Burkina Faso de 2009 a 2013 por (Sagna Tina, 2011) onde encontraram uma TTV de 0.52%, abaixo da TTV encontrada no nosso estudo.

Tivemos duas mães HIV positivas que não estavam em TARV na maternidade, sendo que destas obtivemos uma criança com PCR positivo com uma taxa de transmissão vertical de 50% (1/2). Esses resultados são concordantes com o estudo feito no período de 2007 a 2020 na Nigéria por (Ebelechuku Ugochukwu, 2020) onde apontou uma alta taxa de transmissão vertical de cerca de 24.1% em mulheres que não estavam em TARV, e no mesmo estudo apresentou uma taxa de transmissão vertical de 1.4% em crianças cujas mães estavam em TARV e que fizeram profilaxia na maternidade. Um estudo de caso levado a cabo no Quénia por (Tuthill Emily, 2022), também demonstrou como factor de risco para a TV o início da amamentação antes da administração de medicamentos de profilaxia ao recém-nascido. Os resultados demonstram que a utilização do TARV atua como fator protetor, reduzindo a taxa de transmissão vertical do HIV. Isso fica evidente pela maior positividade observada nas mães que não estavam em TARV em comparação com aquelas que faziam uso do tratamento

De acordo com o MISAU e como já descrito na secção de revisão documental as directrizes que norteiam o programa de PTV orientam que todas as mulheres grávidas HIV positivas devem fazer o TARV, e pelos resultados podemos notar que 97% (60/62) das mulheres grávidas HIV positivas receberam o TARV na maternidade, sendo que as mesmas já tinham o seroestado para o HIV conhecido, ou seja iniciaram o TARV ao nível da CPN.

Tivemos uma cobertura de 85% na CCR, ou seja, das 62 mulheres HIV positivas que deram parto ao nível da Maternidade, 53 se fizeram presentes um mês após o parto para a primeira consulta na CCR. O PNC ITS/HIV&SIDA avalia as coberturas ou metas de acordo com o

percentual, classificando os valores em abaixo de 65%, de 66% a 85%, de 86% a 100%, e interpretamos como mau desempenho, desempenho aceitável, e bom desempenho respectivamente, e para o caso dos resultados do nosso estudo, consideramos que estamos perante um desempenho aceitável, (MISAU, Diretriz de Melhoria de Qualidade, 2021). De acordo com o Relatório Anual do PNC ITS/HIV&SIDA, tivemos uma cobertura abaixo da média nacional no ano de 2024 que foi de 93% (MISAU, Relatório Anual, 2024).

Durante as entrevistas aos profissionais de saúde foi encontrado como barreira geográfica para adesão aos serviços de PTV, a distância entre o local de residência e a Unidade Sanitária, resultados esses que cruzam com os achados da componente quantitativa em que foi feita a segregação dos pacientes de acordo com a distância entre a US e a residência, dividindo em três grupos, menos de 10 km, de 10 km a 20 km e mais de 20 km em que constatamos que relativamente a presença da criança na CCR um mês após o parto tivemos uma percentagem de 85%, 100% e 64% respectivamente, sendo a menor percentagem em pacientes que viviam mais de 20km da US. Esses resultados também concordam com o estudo feito por (Lamucene, 2022) uma revisão sistemática e meta-análise de vários estudos realizados na África Oriental onde a distância de residência do paciente em relação à US foi achado como uma barreira para a adesão aos serviços de PTV. A distância da residência, associada à falta de transporte ou de recursos financeiros para custeá-lo quando disponível, reforça a barreira geográfica e dificulta o acesso às Unidades Sanitárias. Como consequência, muitas crianças não recebem as profilaxias no tempo adequado, o que aumenta a probabilidade de desfechos negativos, como o PCR positivo

Um estudo realizado em Moçambique em 21 US da província de Manica, por (Inguane Celso, 2020) utilizando a Estrutura Consolidada para a Investigação de Implementação (CFIR) avaliou as barreiras para a implantação do PTV e foi achado a ruptura constante de ARVs (Niverapina e Zidovudina) para profilaxia do recém-nascido como uma das barreiras, facto que também foi contactado no nosso estudo em 50% (6/12) das respostas. Foi realizada a verificação do stock de ARVs na Maternidade, constatando-se a ausência de preenchimento adequado das fichas de stock nas três US. Além disso, todas apresentavam stock zero de Zidovudina, o que implica que as crianças expostas não terão acesso à profilaxia reforçada com este fármaco, comprovadamente eficaz na prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho, recebendo apenas a profilaxia com Nevirapina

Ao nível do nosso estudo foram ainda contatadas como barreiras ao PTV a falta de alimentação, a estigma e discriminação, a falta de privacidade, a demora no tempo de atendimento, factores esses que concordam com (Lamucene, 2022).

Outras barreiras que também foram referidas foi a negação ao tratamento e os efeitos colaterais dos ARVs que são concordantes com um estudo realizado em Sofala sobre Percepções das barreiras e facilitadores à implementação de programas de prevenção da transmissão vertical, por (Gyeke, 2022) no período de 2020 a 2021.

Um dos resultados relacionados as barreiras institucionais foi a falta de formações contínuas na área de PTV, com 33% dos participantes respondendo que nunca participaram de uma formação contínua e os 67% que participaram tiveram como tempo mínimo da última formação há três anos, período este longo pois o programa sofre constantes atualizações, e o MISAU preconiza que as formações contínuas aconteçam em duas modalidades, dentro da US e fora da US, sendo um dos objectivos a atualização e ou aperfeiçoamento para aprofundar técnicas e competências, podendo durar de 8 a 300 horas por ano (1 dia a 3 meses).

Também foram encontradas como barreiras a não revelação do seroestado ao parceiro, a falta de apoio familiar, o custo e falta de transporte em algumas localidades para a US, a falta de visita domiciliar das mães mentoras para pacientes que viviam longe da US. Esses achados não foram encontrados em outros estudos como é o caso do estudo levado a cabo por Lamucene, Gyeke e Inguane, estudos estes que tinham como objectivo a percepção de barreiras para o PTV.

A migração para a África do Sul também relatada como uma barreira, algumas mulheres migram para ter o parto na África do Sul a busca de incentivos da maternidade (enxoval), e outras migram a procura de boas condições de vida e acabam deixando as crianças com outras pessoas. Esses resultados foram de certa forma similares aos encontrados por (Blanco Ana, 2010), um estudo realizado em Moçambique província de Sofala no ano de 2010 em que as mulheres relataram a não adesão ao PTV porque segundo elas *“é um tempo gasto ir à US comparativamente ao tempo para conseguir dinheiro para comprar comida”*.

Em relação aos facilitadores para implementação do PTV foi destacado as redes de apoio de pares como os grupos mãe para mãe e alocação de mãe mentora. Dados esses que concordam com (Gyeke, 2022) onde destacou a redes de apoio de pares como facilitadores para a implementação. Quanto aos facilitadores institucionais destacou-se a existência de gabinete específico para o PTV.

17 Conclusões

Com base nos resultados do estudo, conclui-se que as diretrizes do PTV estão a ser, em geral, seguidas. No entanto, persistem algumas barreiras no nível institucional e entre os cuidadores das crianças que dificultam a implementação. Entre estas destacam-se questões de acessibilidade aos serviços de saúde, limitações de recursos humanos, indisponibilidade de recursos nas unidades sanitárias como a falta de tratamento antirretroviral para algumas mulheres grávidas na maternidade e a impossibilidade de realizar profilaxia ao recém-nascido, interrupções frequentes no fornecimento de ARV em suspensão, ausência de formações contínuas, distância entre a residência dos utentes e as unidades sanitárias, falta de apoio familiar e migração para a África do Sul em busca de melhores condições de vida.

18 Recomendações

Para o nível do MISAU/SDSMAS:

- Fortalecer a gestão da cadeia de abastecimento, incluindo sistemas digitais de monitoria de stocks ao nível da US.
- Criar planos de contingência para redistribuição rápida de medicamentos em caso de roturas
- Garantir protocolos padronizados em maternidades, CCR e CPN.

Para o nível da US

- Implementar sistema de marcação de consultas
- Fortalecer a implementação de sistemas de rastreio (SMS, chamadas, visitas domiciliares).
- Melhorar a infraestrutura
- Fazer rotatividade das enfermeiras de SMI
- Verificar diariamente o stock de ARVs na Maternidade
- Monitorar na alta se todas as crianças expostas ao HIV levaram ARVs

Cuidadores

- Participar em clubes de adesão na US para troca de experiência e apoio
- Usar sistemas de marcação prévia quando disponíveis
- Participar em sessões educativas comunitárias

19 Equipa do estudo

Investigador principal: Nércia Sequeira Ronda Saca MD

Supervisor Principal: Mohsin Sidat MD, MSc, PhD

Co-supervisor 1: D. Troy Moon MD, MPH

Co-supervisor 2: Tavares Lopes Madede MD, MPH

Os dados foram colhidos e analisados pela investigadora principal, a Senhora Nércia Saca que é uma Médica de clínica geral com seis anos de experiência como Médica, actualmente a fazer Residência Médica em saúde pública, e trabalhou nos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social de Moamba com o programa de HIV como supervisora Distrital do programa de HIV por três anos e como Diretora Clínica do Centro de Saúde de Moamba.

20 Referências

1. Roseanne C. Schuster, Octávio de Sousa et al. Performance-Based Financing Empowers Health Workers Delivering Prevention of Vertical Transmission of HIV Services and Decreases Desire to Leave in Mozambique.2018; 7(7): 630–644
2. Laura Fuente-Soro, Sheila Fernández-Luis et al. Community-based progress indicators for prevention of mother-to-child transmission and mortality rates in HIV-exposed children in rural Mozambique. 2021; 21:520.
3. MISAU. Avaliação das barreiras sócio-culturais de acesso e retenção aos serviços de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) em Moçambique. 2015; 9-19.
4. Houser Long et al. Medicina Interna de Harrison. Volume 1. 18 ed, 1543-1552.
5. Goggin K, Hurley EA, Staggs VS, Wexler C, Nazir N, Gautney B, Khamadi SA, Maloba M, Lwembe R, Finocchiaro-Kessler S. Rates and predictors of HIV-exposed infants lost to follow-up during early infant diagnosis Services in Kenya. AIDS Patient Care STDs. 2019;33(8):346–53.
6. Ceccarelli R, Udokwu C, Long L, Fox MP. A meta-analysis assessing all-cause mortality in HIV-exposed uninfected compared with HIV-unexposed uninfected infants and children. AIDS. 2016;30(15):2351–60. Mutabazi, Jean et al. The impact of programs for prevention of mother-to-child transmission of HIV on health care services and systems in sub-Saharan Africa, 2017
7. Yah, Clarence; Tambo, Ernesto. Why is mother to child transmission (MTCT) of HIV a continual threat to new-borns in sub-Saharan Africa, 2019. doi.org/10.1016/j.jiph.2018.10.008
8. Lamucene, Olimpia et al; Apreciações sobre barreiras e facilidades para implementar programas de prevenção da transmissão de mãe a filho do HIV-Moçambique, 2022 <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0353> acesso 16 de Novembro 2023.
9. Ministry of Health Mozambique (MISAU). Antiretroviral Treatment and Opportunistic Infections in Adults, Adolescents, Pregnant Women and Children Maputo; 2023.
10. Instituto Nacional de Estatística Maputo, Moçambique. Inquérito Demográfico e de Saúde 2022–23 Relatório de Indicadores-Chave. Páginas 42-47.

11. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Melhoria de Qualidade dos Cuidados e tratamento para HIV, 2015.
12. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde, 2023
13. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde, 2023.
14. Ka'e AC, Nka AD, Yagai B, Domkam Kammogne I, Ngoufack Jagni Semengue E, Nanfack AJ, et al. (2023) Transmissão do VIH-1 de mãe para filho e perfil dos reservatórios virais na população pediátrica: uma revisão sistemática com meta-análise dos estudos camaroneses. PLoS ONE 18(1): e0278670. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278670>
15. Haeri Mazanderani, A.F.; Murray, T.Y.; Johnson, L.F.; Ntloana, M.; Silere-Maqetseba, T.; Guo, S.; Sherman, G.G. Eliminating Vertical Transmission of HIV in South Africa: Establishing a Baseline for the Global Alliance to End AIDS in Children. *Diagnostics* 2023, 13, 2563. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13152563>
16. Goga AE, Dinh T H, Jackson DJ, et al. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:240–248.
17. Guimarães MF, Lovero KL, Avelar JG, Pires LL, Oliveira GRT, Cosme EM, et al. Review of the missed opportunities for the prevention of vertical transmission of HIV in Brazil. *Clinics*. 2019;74: e318
18. Goga AE, et al. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:240–248. doi:10.1136/jech-2014-204535
19. Tuthill Emily, Odhiambo Belinda and Maltby Ann E. Understanding mother-to-child transmission of HIV among mothers engaged in HIV care in Kenya: a case report, 2024. <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00622-3>
20. Ugochukwu Ebelechuku, Onubogu Chinyere, Edokwe Emeka et al. A Review and Analysis of Outcomes from Prevention of Mother-to Child Transmission of HIV Infant Follow-up Services at a Pediatric Infectious Diseases Unit of a Major Tertiary Hospital in Nigeria: 2007-2020. 2021. DOI: 10.21106/ijma.510
21. Namara-Lugolobi E, Namukwaya Z, Owor M, Ouma J, Namale-Matovu J, Nakabiito C, et al. Twenty years of Prevention of Mother to Child HIV Transmission: research to implementation at a national referral hospital in Uganda. *Afri Health Sci*. 2022. <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v22i2.5S>

22. Mnyani CN, Tait CL, Peters RPH, et al. Implementation of a PMTCT programme in a high HIV prevalence setting in Johannesburg, South Africa: 2002–2015. *S Afr J HIV Med.* 2020;21(1), a1024.
23. Dako-Gyeke et al. Towards elimination of mother-to-child transmission of HIV in Ghana: an analysis of national programme data. 2016. DOI 10.1186/s12939-016-0300-5
24. Musarandega Reuben, Robinson Joanna, Sen Priti Dave et al. Using the critical path method to rollout and optimise new PMTCT guidelines to eliminate mother-to-child transmission of HIV in Zimbabwe: a descriptive analysis. 2020 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05900-4>
25. Elsabé du Plessis, Souradet Y Shaw, Mary Gichuhi, Larry Gelmon et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Kenya: challenges to implementation. 2014 <http://www.biomedcentral.com/bmchealthservres/content/14/S1/S10>
26. Ministério da Saúde, Direção Nacional de Saúde Publica. Relatório anual 2024 das actividades do PNC HIV/SIDA. Página 40-41

21 Anexos

21.1 Instrumento de recolha de dados

Anexo 1 - Inquérito para a componente qualitativa

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS			
1.	Data do inquérito		
2.	Número de identificação do participante		
3.	Idade (anos)		
4.	Sexo	Feminino ☐ Masculino ☐	
5.	Estado civil	Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐	Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐
6.	Local de trabalho		
7.	Sector de Trabalho	CCR ☐ CPN ☐ Maternidade ☐	
8.	Nível de Escolaridade	Básico ☐ Médio ☐ Superior ☐	

9.	Tempo de trabalho na instituição	anos meses
QUESTÕES SOBRE PROCESSOS E PROCEDIMENTOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE A SEREM IMPLEMENTADOS NAS US NO PAÍS NO CONTEXTO DO PTV		
Alcance		
10.	Quem são as pessoas que se beneficiam da estratégia de PTV?	
11.	Como e onde você os alcança?	
12.	Quais são as barreiras que levam as mães a não levar as suas crianças a CCR?	
13.	Alguma coisa deve mudar ao nível da US para tornar mais acolhedora as mães HIV positivas e as crianças expostas ao HIV?	
Efectividade		
14.	Quais são os resultados mais importantes que você espera ver com a implementação do programa de PTV?	
Adoção		
15.	Quais foram as adaptações feitas à intervenção e às estratégias de implementação?	
16.	Em que momento e quais as razões para as adaptações?	
17.	Teve alguma capacitação para o atendimento da mulher grávida HIV positiva e da criança exposta ao HIV?	Sim Não

18.	Se a resposta for sim, há quanto tempo?
Implementação	
19.	Quais é que foram os maiores desafios enfrentados na implementação da iniciativa? Na sua opinião, que factores é que contribuíram para os referidos desafios? Que elementos é que consideraria mudar para contornar os referidos desafios?
20.	Qual é o custo relacionado à intervenção (tempo, dinheiro)?
21.	O tempo é suficiente para uma implementação eficaz das directrizes do PTV?
22.	Quais são as barreiras que os profissionais de saúde têm para a implementação do PTV?
23.	Quais são as barreiras relatadas pelas mães para adesão ao programa de PTV?

Anexo 2 - Inquérito para a componente quantitativa

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS			
1.	Data do inquérito		
2.	Número de identificação do participante		
3.	Idade (anos)		
4.	Sexo	Feminino ☐	
5.	Data de admissão	Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐	Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐
6.	Residência		
7.	Proveniência	Casa ☐ Parteira tradicional ☐ Casa mãe espera ☐	
8.	Sexo do Recém nascido	Masculino ☐ Feminino ☐	
QUESTÕES RELACIONADAS COM AS DIMENÇÕES DO QUADRO CONCEITUAL REA-IM			

Alcance		
9.	Seroestado na admissão	Desconhecido ☐ Positivo ☐ Negativo há menos de 3 meses ☐
10.	Resultado do teste de HIV da mulher grávida na Maternidade	Negativo ☐ Positivo ☐ Indeterminado ☐ Não testado ☐
11.	Mulheres grávidas em TARV na maternidade	TARV a entrada ☐ Início TARV na Maternidade ☐
12.	Número de crianças expostas ao HIV na maternidade	
13.	Número de crianças expostas ao HIV que se fizeram a CCR um mês após o parto	
Efectividade		
14.	Tempo de chegada da criança exposta ao HIV na CCR	4 a 8 semanas ☐ + 8 semanas ☐
15.	Resultados do teste de PCR DNA	Negativo ☐ Positivo ☐ PCR Discordante ☐

		Não testado ☐
Implementação		
16.	A criança exposta ao HIV fez profilaxia reforçada na maternidade?	Sim ☐ Não ☐
17.	A criança exposta na maternidade levou ARVS para casa?	Sim ☐ Não ☐
18.	Disponibilidade de ARVs na maternidade: Zidovudina e Nevirapina (Observar no armário de medicamentos).	Sim ☐ Não ☐

Versão 1 **Data:** 12/12/2023

Tabela 2. *Questionário*

Anexo 3 - Consentimento informado

TÍTULO DO PROTOCOLO: Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique

Investigador Principal: Nércia Sequeira Ronda Saca, MD

Supervisora: Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, MSc, PhD

Co-supervisores: Dr Troy Moon, MD, MPH; Dr. Tavares Madede, MD, MPH

Projecto de pesquisa financiado pelo Projeto PRISM ()

Versão 1 **Data:** 12/12/2023

Nércia Sequeira Ronda Saca, estudante de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, gostaria de convidar a senhor (a) a participar da minha pesquisa para dissertação do mestrado. Esta consiste em identificar os Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique, caso aceite participar estarei disponível para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir sobre a pesquisa e outras questões relacionadas. Não é de carácter obrigatório participar da pesquisa e sinta-se livre para consultar alguém da sua confiança para qualquer esclarecimento.

Moçambique situa-se entre os países com o número mais elevado de novas infecções pelo HIV em crianças, tendo o Ministério de saúde implementado o Programa de Transmissão Vertical (PTV) do HIV desde 2002, e apesar da vasta experiencia na implementação do programa ainda não eliminamos a transmissão do HIV de mãe para filho.

Por isso que é importante estar ciente sobre as normas em vigor no nosso país para a implementação do PTV, como esta ser implementado no Distrito de Moamba e quais são os resultados de saúde com a implementação deste programa.

O objectivo desta pesquisa é de analisar os factores facilitadores e as barreiras na implementação eficaz das directrizes do programa de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, na Província de Maputo, em Moçambique.

Para o presente projecto será realizado um estudo com abordagem mista, sendo a componente quantitativa um estudo observacional descritivo transversal e a qualitativa faremos um estudo genérico. No mesmo, irão participar os profissionais de saúde que trabalham no sector de SMI, nomeadamente as enfermeiras de saúde materno e infantil dos sectores de CCR, CPN, Maternidade, que concordem em participar do estudo.

A participação no estudo, consiste em responder um questionário com perguntas fechadas e abertas, durante a entrevista gravada, com a duração da entrevista de aproximadamente 30 a 45 minutos. Em nenhum momento será mencionado o nome do participante. A sua participação será voluntária, sendo que a qualquer momento pode desistir da entrevista.

Se decidir participar do estudo, não terá nenhum tipo de despesa e não será feito nenhum pagamento ou gratificação para o efeito.

Se tiver algum problema ou necessitar de mais informação sobre o estudo poderá contactar a investigadora principal pelo número de telefone móvel +258 847480564/ 87 6480564. Se não ficar satisfeito com as respostas obtidas da investigadora, deverá contactar o Comité interinstitucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo pelo número +258 823992590.

Declaração de consentimento

Eu, _____ declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia da investigação intitulada “Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique”.

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados da entrevista, por mim respondida serão usados somente para fins científicos e destruídos pela investigadora após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação. Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

(Participante)

Data ____/____/____

Investigadora: Nércia Sequeira Ronda Saca

Contacto: +258 847480564/ 87 6480564

1. Supervisor: Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, MSc, PhD

Comité Institucional da UEM: +258823992590

Anexo 4 - Carta de aprovação do CIBS Faculdade de Medicina e HCM



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade
de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Nércia Sequeira Ronda Saca**

Protocolo de investigação: **Versão 2 de 9 de Dezembro de 2023**

Consentimentos informados: **Versão 1 de 12 de Dezembro de 2023**

Ficha de recolha de dados: **Versão 1 de 12 de Dezembro de 2023**

Do estudo:

TÍTULO; "Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da Infecção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique"

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 02 de Maio de 2024 e que será incluída na acta 10/2024, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/136/2023**.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 25 de Maio 2025. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: APROVADO


Assinado em Maputo 06 de Maio de 2024

Anexo 5 - Carta de Aprovação administrativa dos Serviços Distrital de Saúde Mulher e Acção Social do Distrito de Moamba



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVINCIA DE MAPUTO
GOVERNO DO DISTRITO DE MOAMBA
SERVIÇO DISTRITAL DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL

Nota nº 697/035 SDSMAS/MOA

Data: 12.12.2023

Assunto: Solicitação de Autorização Administrativa do Estudo “Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique.”

O Serviço Distrital De Saúde, Mulher e Acção Social do Distrito de Moamba, acusa a recepção da nota datada de 12 de Dezembro de 2023, com o assunto “autorização de um estudo intitulado de Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique.”

Neste âmbito, vimos por meio desta informar o despacho do Senhor Director do Serviço Distrital De Saúde, Mulher e Acção Social cujo o teor é o seguinte:

“Autorizo”

Camacho Duarte
(Téc. Superior N1)



Jahit Sacarlal

O Director da Faculdade
Professor Doutor Jahit Sacarlal, MD, MPH, PhD
(Professor Catedrático)

Ao Comité Institucional de Bioética em Saúde
da Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo (CIBS FM&HCM)

CARTA DE COBERTURA AO PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO
ESTUDANTE DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Como parte integrante das obrigações do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, a Mestranda **Nércia Sequeira Ronda Saca**, pretende efectuar uma investigação intitulada *“Factores Facilitadores e Barreiras na Implementação eficaz das Directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a Prevenção da Infecção por HIV em Três Unidades Sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique”*

Espera-se assim que a experiência adquirida nesta pesquisa possa contribuir para elevar o grau de conhecimentos científicos da proponente e acima de tudo contribuir para enriquecer evidências científicas no campo de Saúde Pública em Moçambique e no mundo em desenvolvimento.

Ciente da relevância desta pesquisa e por se tratar de estudante, a Faculdade de Medicina espera maior ponderação e assim apoia e sugere sua implementação.

Maputo, aos 11 de Dezembro de 2023.

A Coordenadora do Curso

Khátia Rebeca Munguambe

Prof. Doutora Khátia Rebeca Munguambe
(Prof. Auxiliar)

Anexo 7 - Declaração de cumprimento de conduta ética

Aos:

Comité Científico

Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina

Maputo 12 de Dezembro de 2023

Assunto: Declaração do cumprimento de conduta ética

Exmos Senhores,

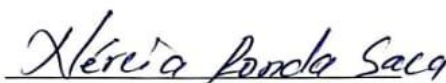
A Investigadora do protocolo intitulado "Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique", protocolo de pesquisa no âmbito da culminação do Curso de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane.

DECLARA:

Compromete-se que a informação será tratada e controlada segundo o estabelecido no protocolo autorizado pelo Comité, respeitando e cumprindo as normas e procedimentos de bioética.

Sem mais do momento, queiram aceitar os melhores cumprimentos

Atenciosamente



Nércia Sequeira Ronda Saca
(Investigadora Principal)



Hereby Certifies

**NÉRCIA SEQUEIRA RONDA
SACA**

has completed the e-learning

**ICH BOAS PRÁTICAS
CLÍNICAS E6**

with a score

89 %

on

10/11/2023

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content
the following organisations and

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/learn

Certificate Number 9691d5c3-6eed-45ed-927d-e0c53eb7c311

Version number 0

Curriculum vitae

Medica de Clinica Geral

Informações pessoais

Nome	Nercia Sequeira Ronda Saca
E-mail	nercysequeira@gmail.com
Telefone	+258 847480564
Endereço	Maputo, Matola
Data de nascimento	31 de março de 1995
Naturalidade	Quelimane
Carta de condução	Pesados
Género	Femenino
Nacionalidade	Mocambicana
Estado civil	Casada por união de facto
	Numero de Registro da Ordem dos Médicos 4073



Perfil profissional

Medica Generalista com cinco anos de experiencia, actualmente Residente em Saúde Pública e estudante de Mestrado em Saúde Pública na Universidade Eduardo Mondlane onde faz parte do Núcleo de Ciências de Implementação. Trabalhou como Medica No Hospital Provincial da Matola, Hospital Central de Maputo e Centro de Saúde de Moamba desempenhando varias funções.

Educação

fev 2001 - dez 2007	Nível Primário Escola Primaria Josina Machel, Mocuba
fev 2008 - dez 2010	Nível Básico Escola Secundaria Geral Josina Machel, Mocuba
fev 2011 - dez 2012	Nível Médio Escola Secundaria de Mocuba, Mocuba Foi eleita como uma das melhores estudantes
fev 2013 - jan 2019	Licenciatura Universidade Eduardo Mondlane-Faculdade de Medicina, Maputo Durante a sua formação fez estagio Medico integrado em diversos Sectores do Hospital Central de Maputo, e estagio de Saúde Publica no centro de Saúde 1

Autorizo o processamento dos meus dados pessoais para fins de recrutamento para o cargo ao qual me estou a candidatar.

Este CV foi feito com CVwizard.com.

de Maio

mar 2021 - atual

Mestrado

Universidade Eduardo Mondlane-Faculdade de Medicina, Maputo

Actualmente em fase de submissão da dissertação intitulado "*Factores facilitadores e barreiras na implementação eficaz das directrizes do Programa de Transmissão Vertical (PTV) para a prevenção da infeção por HIV em três unidades sanitárias (US) do Distrito de Moamba, Moçambique*"

Durante a minha formação desenvolvi habilidades avançadas em pesquisa científica, incluindo elaboração de protocolos e análise de dados epidemiológicos.

Desenvolvimento de competências em avaliação de políticas de saúde pública no contexto Moçambicano, com foco em programas de prevenção e transmissão de doenças infecciosas.

dez 2024 - atual

Medica Residente em Saúde Publica

Instituto Nacional de Saúde, Maputo

Actualmente fazendo estagio no Centro de Saúde Matola II sobre Cuidados de Saúde Primários e Reconhecimento da área de Saúde onde desenvolveu competências sobre.

- Desenvolvimento de habilidades clínicas em Saúde Pública, incluindo vigilância epidemiológica e controle de doenças infecciosas.
- Aprimoramento na gestão de serviços de saúde e políticas públicas voltadas para a população.

Experiência

ago 2019 - jan 2021

Medica

Hospital Provincial da Matola, Matola

Prestou serviços na enfermaria de Pediatria por um período inicial de 3 meses e o restante do tempo prestou serviços no banco de socorros de Adultos, Pediatria e Traumatologia onde:

- Realizou atendimentos médicos de emergência em adultos, crianças e pacientes com traumas.
- Fez o acompanhamento clínico de pacientes internados nas enfermarias de Pediatria.
- fez a coordenação e supervisão de equipes de suporte e enfermagem durante atendimentos de urgência.

set 2019 - fev 2021

Docente

Instituto de Politécnico e de Tecnologias (IFOPEC), Matola

Deu aulas a estudantes do curso de Técnicos de Medicina Geral e Enfermagem onde elaborou e implementou planos de aula personalizados para diferentes níveis de conhecimento em medicina geral e enfermagem e avaliou o desempenho dos estudantes por meio de provas teóricas e práticas, fornecendo feedback construtivo.

jan 2021 - jun 2021

Medica

Hospital Central de Maputo, Maputo

Prestou Serviços no departamento de Isolamento de COVID-19.

mar 2021 - mai 2024

Directora Clinica

Centro de Saude de Moamba, Moamba

Coordenava as actividades clinicas do Centro de Saúde de Moamba, e

Autorizo o processamento dos meus dados pessoais para fins de recrutamento para o cargo ao qual me estou a candidatar.

Este CV foi feito com CVwizard.com.

supervisionou e coordenou a equipe clínica para garantir a qualidade do atendimento clínico no Centro de Saúde.

mai 2021 - set 2024

Supervisora do Programa de ITS e HIV/SIDA

Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social, Moamba

Coordenava as actividades do programa de HIV, desde a área de Prevenção, Cuidados e tratamento, Melhoria de Qualidade e Monitoria e avaliação.

Coordenava a coleta e análise de dados dos indicadores de desempenho do programa para subsidiar tomadas de decisão.

Supervisionava e capacitava equipes multidisciplinares envolvidas no programa de ITS e HIV/SIDA para garantir a qualidade dos serviços prestados.

set 2022 - ago 2024

Ponto Focal Distrital do Programa de Telesaúde

Distrito de Moamba, Moamba

Competências

Empatia	Muito bom
Capacidade de trabalhar sob pressão	Muito bom
Programa Estatístico SPSS	Intermédio
Programa Estatístico NVIVO	Bom
Mendeley Reference	Bom
Liderança	Excelente
Trabalho em equipe	Muito bom
Dinamismo	Excelente

Idiomas

Portugues	Fluente
Inglês	Intermédio

Interesses

- Prevenção e controlo de doenças
- Cuidados de saúde Primários
- Epidemiologia
- Gestão e Liderança

Autorizo o processamento dos meus dados pessoais para fins de recrutamento para o cargo ao qual me estou a candidatar.

Este CV foi feito com CVwizard.com.

Cursos

mar 2021	Formação em CID 10 CID 10 (classificação internacional de doenças)
abr 2021	Formação em normas de TARV Pediátrico e Adultos
ago 2022	Curso de Liderança e Gestão de Equipes O curso teve como objectivo: Desenvolver competências de liderança: Dotar de competências essenciais de liderança, tais como comunicação eficaz, inteligência emocional, resolução de conflitos e tomada de decisões, permitindo-lhes liderar equipas com sucesso.
fev 2023	Formação em tutoria Clínica Neste curso o objectivo é fazer o seguimento e orientação dos clínicos que prestam serviços nos cuidados e tratamento para o HIV/SIDA, PrEP e sector de tratamento de Tuberculose. De referir que o pacote de formação é de 2022.
mar 2024	Primeiros Socorros Curso de suporte Básico de vida facilitado pela Medical Support Services (MSS)
mai 2024	Curso Básico de Exel
nov 2023	Boas Praticas Clinicas
jun 2024	Melhoria de qualidade de testagem de HIV
jun 2024	Melhoria de Qualidade de testagem de HIV
ago 2024	Aconselhamento e Testagem em Saúde
atual	Requisitos Éticos e legais para o desenvolvimento da investigação científica

Certificados

Melhor Gestor de dados do programa de HIV
O Distrito de Moamba em específico o programa de HIV foi distinto como melhor Distrito no reporte de dados do mês de Fevereiro de 2024

Referências

Dra Lucia Chambal
Hospital Central de Maputo, Maputo
823079717

Dra Tania Paunde
Hospital Provincial da Matola, Matola
874397261

Camacho Duarte
Servico Distrital de Saude Mulher e Accao Social, Moamba
879111830

Autorizo o processamento dos meus dados pessoais para fins de recrutamento para o cargo ao qual me estou a candidatar.

Este CV foi feito com CVwizard.com.